Aus der Psychiatrischen und Nerven-Universitätsklinik der Charité Berlin.
Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer.

Carcinompsychosen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der
medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Vorgelegt von
Sam Scheps
aus New York (U.S.A.)

Tag der Promotion: 25. Juni 1938.

Druck: Paul Brandel, Berlin SO 16

M 136

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.
Dekan: Prof. Dr. Siebeck.
Referent: Geh. Rat Prof. Dr. Bonhoeffer.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543925_0160

Seit man den Begriff der symptomatischen Psychosen geschaffen hat, ist es eines der Ziele der Forschung, festzustellen, welche Krankheiten überhaupt imstande sind, symptomatische Psychosen zu erzeugen, und diese vergleichend zu studieren. Viele Arbeiten sind erschienen über die großen Gebiete der Psychosen bei Infektionen, Intoxikationen, Gehirnerkrankungen usw.

Gelegentlich kann auch ein Carcinom eine symptomatische Psychose hervorrufen, zwar nicht in der Häufigkeit, wie man es bei anderen Krankheiten findet, aber doch oft genug, um eine genauere Untersuchung dieser symtomischen Psychosen zu rechtfertigen.

In einem Zeitraum von 13 Jahren habe ich in den Krankengeschichten der Nervenklinik 18 Fälle aufgefunden, die ich als lediglich durch Carcinom verursachte symtomatische Psychosen auffassen möchte. Es ist eine von den Autoren diskutierte Frage, ob Carcinome eine bestimmte Psychose hervorrufen können, oder ob die Psychosen bei Carcinom auf andere begleitende Krankheiten zurückzuführen sind, oder endlich ob es sich dabei um Auslösung endogener Psychosen handelt. Manche Autoren negieren überhaupt die Existenz einer durch Carcinom hervorgerufenen symptomatischen Psychose, sagen wir kurz, einer Carcinompsychose. R. Upsahl weist nach, daß die Zahl der Krebs-Todesfälle in sämtlichen norwegischen Anstalten für Geisteskranke die gleiche ist wie innerhalb der Bevölkerung überhaupt. Beweisend ist dieses allerdings kaum, weil die im Verlauf eines Carcinom auftretenden psychischen Symtome im allgemeinen doch nicht zu Anstaltsaufnahmen zu führen pflegen.

Andere Autoren dagegen (Ewald, Stertz, Lange, Bonhoeffer u. a.) behaupten, daß eine direkte Beziehung zwischen einem Carcinom und einer gleichzeitig bestehenden Psychose sehr wohl vorhanden sein könnte.

Wie wünschenswert es wäre, diese Frage zu klären, zeigt schon die Tatsache, daß bei einem großen Teil der unklaren Todesfälle Geisteskranker, die zur Section kommen, maligne Geschwülste gefunden werden (nach Horn 10—15%). Die Annahme einer direkten Beziehung zwischen Carcinom und Geisteskrankheit liegt in einem Teil dieser Fälle zumindestens nahe.

Nicht ganz aufgeklärt sind die Ursachen, die bei Carcinomatösen zu einer Psychose führen könnten. Zuerst denkt man an die toxische Wirkung, die solch ein Prozeß verursachen kann. Dann muß man die Kachexie, die letzten Endes auch toxisch wirkt und nach langer Dauer des Carcinoms gewöhnlich auftritt, berücksichtigen. Ganz befriedigend sind die beiden Erklärungen nicht, weil wie auch Ewald

betont, es oft zu einem Abklingen der psychotischen Störungen bei Fortbestehen der toxischen Schädigungen oder der Carcinomkachexie kommt.

Eine wichtige Rolle kann dabei diie Anämie spielen; oft wird man nicht entscheiden können, ob toxische Wirkung, Kachexie oder Anämie verantwortlich sind.

Urechia und Retezeanu behaupten, obwohl Anämien selten seelische Störungen machten und dann deren Schwere nicht immer dem Grad der Anämie parallel ginge, eine bei Carcinomanämie auftretende symptomatische Psychose immer auf diese Anämie zurückzuführen sei und nicht auf direkte toxische Schädigungen des Gehirns.

Wahrscheinlich handelt es sich nicht um ein Entweder-Oder, sondern um ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Jeder Faktor ist imstande, eine Psychose auszulösen und die Entscheidung, ob man im einzelnen Fall den oder jenen Faktor als beteiligt anzusehen habe, ist eine sehr schwierige Aufgabe.

Sehr interessant ist die Frage, ob es eine Veranlagung zu symptomatischen Psychen gibt. Die meisten Autoren nehmen eine solche an. Bewiesen wäre diese Annahme erst dann, wenn derselbe Patient wiederholt an einer symptomatischen Psychose erkrankte, wie es Kleist an einem von 18 und Runge an 3 von 24 Grippefällen aufzeigen konnten.

Glücklich ist der Gedanke von Birnbaum, der es für notwendig hält, Auslösung und Verursachung grundsätzlich scharf zu unterscheiden und die pathogenetischen (d. h. krankheitserzeugenden) Faktoren den provozierenden (d. h. auslösenden) gegenüberzustellen.

An Hand von Kurven hat Bostroem das „Kraftverhältnis zwischen Anlagen und exogenen Einflüssen" herausgearbeitet, und dargelegt, was passieren kann, wenn in gewissen Zeiten, z. B. Schwangerschaft, Gifteinwirkung, der Körperwiderstand erniedrigt ist und die Anlage im Verhältnis steigt. Bostroem wendet diesen Gedanken hauptsächlich auf ausgelöste bereitliegende endogene Psychosen an; aber könnnte man ihn nicht auch für die symptomatischen Psychosen nutzbar machen und z. B. die Tatsache, daß Psychosen auftreten, und nach einigen Tagen wieder verschwinden, durch wechselnden Widerstand gegen die schädigenden Faktoren erklären?

Bevor ich auf meine eigenen Fälle eingehe, möchte ich die verschiedenen Gruppierungen der Symptome von exogenen Psychosen erwähnen. Kraepelin meinte, daß jede Grundkrankheit, jede Hirnvergiftung ihr eigenes psychotisches Bild erzeugt; wenn auch in der Wirkungsweise auf das Seelenleben manche Gifte sehr ähnlich seien, so sei man doch oft imstande, die Art der Vergiftung aus dem Krankheitsbild selbst zu erkennen. Bonhoeffer dagegen hat die Lehre der exogenen Reaktionstypen aufgestellt; seine Hypothese des

„ätiologischen Zwischengliedes" soll erklären, wie sich trotz der mannigfaltigkeit der Ursachen, gewisse Prädilektionstypen herausbilden, und zwar: Delirien, epileptiforme Erregungen, Dämmerzustände, Halluzinosen, Amentiabilder, bald mehr halluzinatorischen, bald katatonischen, bald inkohärenten Charakters; dazu als Verlaufsformen die hyperästhetisch-emotionellen Schwächzustände und amnestischen Phasen von Korsakowschem Gepräge. Er zeigte, daß die symptomatischen Zustandsbilder bei verschiedenen Grundkrankheiten sich so sehr ähneln können, daß es unmöglich ist, aus dem psychischen Verhalten Schlüsse auf die Art des körperlichen Krankheitsvorganges zu ziehen. Seelert zieht die von Bonhoeffer angegebenen exogenen Reaktionstypen auf 3 zusammen: die Störungen (Minderungen) des Bewußtseins, den deliranten Zustand, und den amnestischen Zustand. Stertz teilt die Symptome auf in obligate oder Grundsyndrome (mit Grundleiden eng verknüpft) und fakultative oder akzessorische Syndrome (mit Grundleiden loser verknüpft). Kleist spricht von heteronomen gegenüber homonomen Symptomen-Komplexen.

Bezüglich der Carcinompsychosen meint Sciuti, daß man unterscheiden muß zwischen solchen, die sich zu Beginn der Krebserkrankung zeigen und denen, die nach Auftreten subjektiver Beschwerden, wie Schmerz, Atemnot usw. oder nach längerem Fortschreiten des Wachstums in Erscheinung treten. In den Fällen der ersten Art soll nach Ansicht Sciutis die psycho-pathologische Disposition, in denen der zweiten Art umgekehrt das toxische oder kachektische Moment überwiegen; bei den letzteren nimmt die Psychose die Form der Amentia an. Es ist interessant, diesen Anschauungen den Bericht von Jaskins über 4 Fälle von Pankreascarcinom gegenüberzustellen; hier kam es zu einem Symtomkomplex, nämlich allemal zu Angst, Depression mit Weinanfälle, Appetitlosigkeit und nicht auf Schmerz beruhender Schlafstörung, obwohl die Familienanamnese keinerlei geistige Erkrankungen enthielt; diese Störungen zeigten sich in allen Fällen 3—8 Monate vor Auftreten irgendwelcher gastro-intestinaler Symptome.

Die im folgenden beschriebenen Fälle entstammen den Krankengeschichten der psychiatrischen Klinik der Charité aus den Jahren 1924—1936. Aus diesen Krankengeschichten habe ich solche ausgewählt, bei denen das Carcinom einwandfrei nachgewiesen ist, entweder durch den nachträglichen Sektionsbefund, durch histologische Untersuchungen von Probeexcisionen oder durch unzweifelhafte Operationsbefunde. Die Fälle mit nachweisbaren Hirnmetastasen habe ich ausgeschaltet, um nicht die Symtombilder der symptomatischen Psychosen durch Tumorsymptome zu fälschen. Ausführliche Arbeiten über solche Fälle mit Hirnmetastasen haben Siefert, Buchholz, Fischer, Girardi, van Bouwdijk-Bastiaanse u. a. geliefert. Einige Fälle, die in der Anamnese außer dem Carcinom noch andere als Ursachen für symptomatische Psychen in Betracht kommende Momente, wie Alkoholismus oder Morphinismus ent-

hielten, habe ich auch ausgeschaltet, um sicher zu sein, daß die Psychose n u r auf das Carcinom zurückzuführen ist.

Fall 1: Herr J. K., 61 Jahre.

Eigenanamnese: früher weder geisteskrank noch geschlechtskrank gewesen. Trinkt kaum Alkohol. Arbeitet seit Jahren bei der Mitropa.

Dezember 1924: Wegen Schluckbeschwerden in der Poliklinik für Halskrankheiten behandelt.

April 1925: Zum ersten Male „auffallend nervöser geworden, regte sich über alles auf, schlug mit der Faust auf den Tisch, was er früher nie getan hatte". Schlief aber gut. Das Essen schmeckte, arbeitete, niemals ohnmächtig, keine Krämpfe, keine Lähmungen, keine Sprach- oder Schreibstörungen.

15. Mai 1925: Da die Schmerzen jetzt sehr stark sind, ging er zur Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, dort wurde er an einem fast knochenharten Tonsillen- und Rachencarcinom operiert unter Lokalanäesthesie. Der Tumor konnte aber nicht ganz entfernt werden, weil er bis zur Schädelbasis ging. Patient wird durch die Nase ernährt.

20. Mai 1925: Wunden in Heilung. Patient ungeduldig und unzufrieden.

20. bis 27. Mai 1925: Zunehmende Verworrenheit; Speichel, der aus der Nase in den Mund läuft, wird nicht abgewischt. Abwehrbewegungen gegen Pflegerin, die ihn abwischen wollte. Schreit immer mehr; versucht dauernd, Bett und Zimmer zu verlassen, stellt sich mit dem Rücken gegen die Wand und stößt den herantretenden Arzt. Ungeschickte Handbewegungen. Versucht, sich mit unzweckmäßigen Bewegungen anzuziehen, Jackett über die Beine. Kramt ziellos in der Brieftasche herum.

Zur Nervenklinik überführt.

27. Mai bis 1. Juni 1925: In der Nervenklinik.

Körperlich: Großer Mann in leidlichem Ernährungszustand.

Lunge: Ziemlich zahlreich bronchitische Rasselgeräusche. Temperatur zwischen 37 und 38°. Herz o. B. Puls entsprechend der Temperatur. Untersuchung ist nicht exakt vorzunehmen wegen des Verhaltens des Patienten. Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule nach rechts. Urin: Albumin schwach positiv.

In den ersten Tagen delirant, Bettwäsche wird hin- und hergepackt, greift plötzlich in die Luft; macht die Bewegungen, als ob er einkassiert, wie im früheren Beruf. Wühlt herum, schlägt Fenster entzwei.

1. Juni 1925: Etwas ruhiger. Widerstrebt nicht so sehr der ärztlichen Untersuchung. Nahrungsaufnahme regelmäßig.

1. bis 15. Juni 1925: Allmähliche Besserung. Im Anfang örtlich richtig, zeitlich ungenau orientiert. Auffassung etwas erschwert. Ausgesprochenes Perseverieren im Schreiben und bei Aufträgen. Nichts Delirantes mehr. Patient macht häufig Sprechversuche, verlangt Bleistift und Schreibpapier. Schrift zeigt weitgehende Besserung, deutlicher. Patient versteht alles, gibt richtige Antworten über seine Person.

15. Juni 1925: Nach der Halsklinik zurückverlegt.

Der Fall zeigt ein ziemlich seltenes Bild. Nach Operation an einem Tonsillen- und Rachencarcinom bricht eine Psychose aus, deren Vorboten schon vor der Operation zu bemerken waren, die man also sicherlich nicht allein auf die Operation zurückführen kann.

Der Verlauf zeigt zwei getrennte Phasen, die präoperative mit Unruhe und leichter Erregbarkeit und die postoperative nach unvollständiger Carcinomentfernung, durch den Eingriff verschlimmerte und vertiefte Phase. Letztere, ungefähr 3 Wochen dauernd, zeigt heftige Delirien, zunehmende Verworrenheit, ataktische Bewegungen, Abwehr und große Unruhe, dann Abheilung.

Fall 2: Herr O. B., 57 Jahre.

Eigenanamnese: Der Patient sei immer ein nervöser Mensch gewesen, über jede Kleinigkeit leicht erregt (Ref. kennt ihn seit 35 Jahren). Konnte „grob und brutal" werden. Sehr mißtrauisch, immer Revolver bei sich, alle Menschen „wollen ihn betrügen". Frau gebe ihm schlechtes Essen, Gift hereingetan. Zweifelt, ob zweites Kind wirklich von ihm stamme.

In den letzten 10 Jahren hat seine Nervosität bedeutend zugenommen; denkt, seine Angehörigen wollen ihn nicht mehr haben.

Herbst 1924: Ischias.

März 1925: Ikterus. Ein Lebercarcinom mit Metastasen festgestellt.

Anfang Juni 1925: Bein-Oedeme.

28. Juli 1925: Patient fängt an zu phantasieren. Spricht viel. Anfangs sieht er „verzerrte Gesichter"; entsetzt, daß die Frau sie nicht sehen kann. Weiß oft nicht, wo er sich befindet.

3. August 1925: Fängt an, „allerlei Gespräch" neben sich zu hören. Sagt mitunter: „Sagten sie dann, wollen wir mitten ins Herz stechen". Sieht Gestalten und Gesichter neben sich, öfters die von Kindern, sagt: „Sieh dort mal, das kleine Gesicht dort auf der Bettdecke". „Das ist ein Jude mit einer Hakennase und ein Kind davor". Ein anderes Mal sieht er eine Kompagnie Soldaten im Zimmer, man solle sie herauslassen. Sagt zur Frau, sie solle das „weiße Kind" auf die Hand legen. Patient erzählt am Morgen, die ganze Nacht hindurch sei draußen Mord und Totschlag gewesen. Er habe auch Brüllen gehört. In die Nervenklinik gebracht.

6. August 1925: In der Nervenklinik.

Körperlicher Status: Stark reduzierter Ernährungszustand, ikterisch. Pupillen sind unter mittelweit. Lungen: Über beiden Unterlappen Giemen und Rasselgeräusche. Überall Vesiculäratmen. Herz o. B. Puls: klein, verhältnismäßig langsam. Leber: wenig vergrößert, leicht druckempfindlich. Milz: o. B. Urin: Albumen schwach positiv, Urobilinogen negativ, Bilirubin: stark positiv.

6. August 1925: Patient ist momentan zeitlich und örtlich orientiert. Keine Delirien oder Halluzinationen.

7. August 1925: In der Nacht wenig geschlafen, nicht delirant. Heute morgen großes Mitteilungsbedürfnis. Berichtet spontan bei der Visite: es sei ihm hier allerhand vorgeworfen worden. Er hätte heute über sich sprechen hören. Sie sagten: „Der Betreffende wird doch abgehen". Man habe auch über seine Familie gesprochen. Patient ist zeitlich und örtlich nicht orientiert, er sei jetzt $2^1/_2$ Tage hier (richtig: 1 Tag), gibt lebhafte Antworten, die falsch sind. Konfabuliert. Wenn Konfabulationen aufgeklärt werden, versucht er in geschickter Weise, sie zu decken. Konfabuliert bald wieder weiter. Sagt, seine Frau wolle ihn nicht mehr haben, er mache zu viel Arbeit. Man habe ihn in die Klinik hereingeschoben. Man gebe ihm über das Datum falsche Auskunft. Man überlege, auf welche Weise man ihn umbringen könne, ob so oder so. Er sei nicht mehr krank, habe aber mal eine Gelbsucht gehabt. (Merkt gar nicht seinen jetzigen starken Ikterus!) Ausgesprochen mißtrauisch. Denkt, daß Frau und Arzt zusammenarbeiten.

8. August 1925: Patient äußert, er habe gehört, wie die Pfleger miteinander gesprochen haben, daß er „kaltgemacht" werden sollte.

14. August 1925: Patient liegt ruhig im Bett. Nimmt wenig Anteil an Umgebung. Dabei nur geringes Krankheitsgefühl. Auf Befragen gibt er sogar an, er fühle sich ganz wohl. Kachektisch. Erbricht wiederholt stark.

21. August 1925: Zunehmende Kachexie. Leicht benommener Zustand, hält Augen halb geöffnet. Puls klein, langsam, kaum fühlbar.

Exitus.

Sektion: Carcinom des Pankreaskopfes, Einwachsen in den benachbarten Teil des Duodenums, Übergreifen auf die Papilla und benachbarten Gallenwege. Verschluß des Ductus Cysticus und Hepaticus. Carcinose des Darms und des Douglas, Peritonitis. Carcinommetastasen in der Leber. Lungenemphysem. Erbsengroßer tuberkulöser Herd in der rechten Lungen-

spitze. Mäßig starke Lipoidsklerose der Aortenklappe, der Brust- und Bauchaorten.

Hirnsektion: Ohne besonderen Befund. Geringe meningeale Ödem.

Bei dem schon immer leicht erregbaren O. B. dauert die Psychose drei Wochen lang mit zeitweisen Aufhellungen. Stark ausgeprägt finden wir optische und akustische Haluzinationen und Konfabulationen, die das ganze Bild beherrschen, ferner Mißtrauen gegen die Umgebung, Personal und Frau, Beeinträchtigungsideen, zeitliche und örtliche Desorientierung.

Fall 3: Frau L. R., 48 Jahre.

Familienanamnese: Vater mit 73 Jahren an Schlaganfall gestorben, war sonst gesund. Mutter 87 Jahre alt, gesund. Patientin ist älteste von 8 Geschwistern, 2 sind gestorben, die anderen 6 leben und sind gesund. Keine Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie.

Eigenanamnese: Immer still und für sich gewesen, hatte kaum eine Freundin, suchte keinen Verkehr, glaubte, die Menschen taugen alle nichts. Gute Schülerin (bis zur Obersekunda). Mit 16 Jahren heiratete sie zum ersten Mal. Mann Luetiker, 1915 gestorben.

1898: Lues! Luetische Augenaffektion. Rechtes Auge vor 15 Jahren entfernt. Vor 9 Jahren: Heiratete. Große Angst wegen ihres Auges. Angst vor jedem Windzuge. Ging daher nie auf die Straße, blieb immer zu Hause, verkehrte mit niemandem, auch nicht Geschwistern, sie „seien alle schlecht", hing am Mann, keine Kinder, keine Aborte. Litt nicht darunter, daß sie keine Kinder hatte, wollte keine haben. Glücklich mit dem Mann, im Haushalt sehr tüchtig, las viel. Immer ernst, aber nie phasenhafte Verstimmungen.

Vor 6 Jahren: Uterus-Carcinom festgestellt, wollte sich aber nicht operieren lassen.

Vor $3^1/_2$ Jahren: Starke Blutungen, daher Operation. Seitdem dauernd krank, wurde noch 4 bis 5mal operiert, auch mehrfach bestrahlt. Im letzten Jahre sei sie höchstens 6 Wochen zu Hause gewesen.

5. März 1925: Zum letzten Male in die Klinik gebracht. Während der ganzen Zeit nie psychisch auffällig, war immer tapfer, glaubte fest daran, wieder gesund zu werden.

5. Juli 1925: Zum ersten Male treten Veränderungen auf. Flehte beim Besuch den Mann an, ein Auto zu kaufen, um sie in eine andere Klinik zu bringen, man wolle sie vergiften, sie solle sterben, man habe schon alle Fernsprecher abgestellt; wollte mitgebrachte Hemden nicht anziehen, Angst davor; man konnte sich fast gar nicht mehr mit ihr verständigen; nur einmal äußerte sie, Referent sollte fortgehen, er stecke mit der Schwester unter einer Decke und wollte sie umbringen. Verweigert Nahrungsaufnahme.

Einlieferung in die Nervenklinik.

8. Juli 1925: Patientin hat große Schmerzen, stöhnt und jammert, äußert, man habe sie in der Frauenklinik umbringen wollen. Zeitlich ungenau orientiert, örtlich, sie sei in einer Irrenanstalt.

Körperlicher Befund: Kindskopfgroße Geschwulst am Leib; am Steißbein eine handtellergroße Geschwulst. Herz nicht vergrößert. Töne sehr leise, aber rein. Puls regelmäßig, mittelstark. Wegen des stark geschwächten Zustandes der Patientin keine weitere Exploration.

Neurologisch: Patellarreflex bds. nicht auslösbar. Pupille entrundet, reagiert schwach auf Licht und Convergenz.

9. Juli 1925: Patientin sehr matt, spricht und jammert viel. Keine deliranten Erscheinungen. Gefragt, was sie in der Fruaenklinik erlebt habe, sagt sie kurz, das seien nur krankhafte Einbildungen gewesen. Gute Kritik.

14. Juli 1925: Mutiges Verhalten. Krankheitseinsicht. Klagt über Schmerzen im Unterleib. Vom Mann nach dem Spandauer Krankenhaus gebracht.

Hier hat das Carcinom schon mindestens 6 Jahre bestanden, bevor die eine Woche dauernde symptomatische Psychose auftrat. Hauptsächlich Vergiftungsideen, zuerst der Frauenklinik, dann auch ihrem Manne gegenüber. Orientierungsvermögen zeitlich und örtlich leidlich erhalten.

Fall 4: Frl. B. G., 40 Jahre.

Eigenanamnese: 10. Juli 1925: Operation wegen Nierencarcinom.

12. Juli 1925: Krämpfe und Psychose treten auf. Pat. will aus dem Bett.

13. Juli 1925: Aufnahme in die Nervenklinik.

Körperlich: Am Hals mehrere dicke kirsch- bis pflaumengroße harte Geschwülste. Puls regelmäßig, 80. R. R. 125/85. Große Schmerzen, widerstrebte der Untersuchung. Urin: Albumin +. In der Nacht laut gesprochen. Scopolamin. Morgens etwas benommen, nicht genau orientiert. (Wo hier?) „Im Krankenhaus". (In welchem?) Weiß nicht". Auf Fragen etwas zögernde Antwort. (Wo operiert?) „Weiß nicht . . . . ach so, auf dem großen Saal . . . . ich weiß gar nicht, wo ich hin war". (Tag?) „Dienstag" (richtig). (Datum? Monat, Jahr?) „Weiß nicht mehr". „Wie sie rennen so herum hier . . . . ekelhaft". Patientin gibt an, sie sei jetzt unter Verrückten, habe selber aber bloß verrückt gespielt. „Jetzt mache ich das nicht mehr". (Warum das gemacht?) „Weiß auch nicht" (?) „Ach, sie haben mir Kokain eingespritzt in die Beine . . . ich will so was nicht mehr machen, will gesund sein". (Sind sie krank?) „Muß doch, weiß gar nicht, wie das kommt, daß es so was gibt . . . ich will nicht so ein Mensch sein, wie die, die hier liegen". (Krämpfe gehabt?) „Ach hier (zeigt die rechte Hand) ich habe mich gewundert, daß die Hände so waren". (?) „Daß sie so anders waren". Etwas benommen. Jede Antwort kostet sie eine Anstrengung. Ganz gute Affektreaktion. Man merkt es Patientin deutlich an, daß ihr die Umgebung unangenehm ist. Ist müde und erschöpft, keine Sinnestäuschungen, keine Wahnideen.

15. Juli 1925: Patientin völlig klar, gibt heute gute und geordnete Auskunft. Zeitlich und örtlich orientiert.

16. Juli 1925: Patientin bittet um Rückverlegung in die chirurgische Klinik.

Sie habe am Tage nach der Operation etwas von einer Schwester zu trinken bekommen, das erst im Magen und in der Speiseröhre, später im Mund furchtbar gebrannt habe. „Ich hatte das Gefühl, als ob mein ganzer Mund verbrannt wäre". Gleichzeitig hätten die Personen ihrer Umgebung „so schrecklich" ausgesehen, hätten alle „so einen großen Mund" gehabt. Davor habe sie sich gefürchtet. Patientin verkannt die Schwester und die Mitpatientinnen. Sie sei dann eingeschlafen, oder habe jedenfalls nicht mehr gewußt, was um sie herum vorgehe. Sie habe auch zunächst nicht mehr gewußt, wo sie war, als sie zu uns verlegt wurde. Örtlich und zeitlich völlig orientiert.

17. Juli 1925: Ruhig. Völlig orientiert, örtlich und zeitlich. Krankheitseinsicht. In der Chirurgischen Klinik sei ihr zeitweise der Kehlkopf wie zugeschnürt gewesen. Angst, aus dem Bett gedrängt. Das sei wohl alles krankhaft gewesen.

Jetzt möchte sie gern wieder gesund werden. Gebessert, wieder nach der Chirurgischen Klinik verlegt.

Hier tritt die Psychose zwei Tage nach Nierencarcinom-Operation auf. Dauer der Psychose 4 Tage. Sie beginnt mit Unruhe und lautem Sprechen. Am nächsten Morgen ist Patientin etwas benommen, die Merkfähigkeit ist schwach. Sie ist ungenau orientiert, (vielleicht auf am Abend vorher verabreichtes Scorpolamin zurückzuführen), im allgemeinen erschöpft. Nach 4 Tagen wieder völlig klar, orientiert, gibt verständige Antworten. Gibt zu, gleich nach der Operation Sinnestäuschungen gehabt zu haben, habe Personen verkannt, verzerrte Gesichter gesehen, der Kehlkopf sei zeitweise zugeschnürt gewesen.

Fall 5: Herr O. G., 62 Jahre.

Anamnese: Früher verträglicher Mensch, gutmütig, ohne Mißtrauen, arbeitsam, energisch. Kein Alkoholmißbrauch, rauchte nur stark. Früher keine Schwindelanfälle, keine Stimmungsänderung, keine Gedächtnisschwäche.

Mai 1925: Nimmt rapide an Körpergewicht ab. Erbrechen. Schmerzen in Magengegend. Vom Krankenhaus ist ein Magencarcinom festgestellt worden und Operation geraten. Durch Freund (Anhänger der „Biochemie") beeinflußt, das nicht machen zu lassen. Geht ohne Operation weg. Geht dann von Krankenhaus zu Krankenhaus, kann sich nicht entschließen. Ist sich seiner Krankheit bewußt. Arbeitet immer noch auf seiner alten Stelle auf dem Viehhof. Hat Gehilfen angenommen.

15. Oktober 1925: Untersuchung in der Nervenklinik: Körperlicher Befund: Stark reduzierter Ernährungszustand, anämische Schleimhäute, leichter Ikterus der Haut. Stark ikterische Konjunktiven. Herz nach links verbreitert, systolische Geräusche an Spitzen und Ostien. Epigastrium: druckempfindlicher, nicht gut umschriebener Tumor. Leber: Knotige Konturen. Am gesamten Abdomen défense musculaire. Neurologisch: Tonus der Gesamtmuskulatur schlaff. Gang: Taumelnd. Sonst neurologisch o. B.

15. Oktober 1925: Patient fängt an, Eifersuchtsideen zu äußern. Die Frau habe ein Verhältnis mit dem Gehilfen, wollte eben den Patienten vergiften. Wird zunehmend mißtrauisch gegen seine Frau, achtet auf alle ihre Bewegungen. Unruhig, ängstlich, springt aus dem Bett. Keine Halluzinationen. Unruhe und Mißtrauen treten anfallsweise auf, meist abends. Patient ist danach immer ganz erschöpft. In freien Zeiten ist er meist apathisch, schweigsam, spricht ganz geordnet. Rapide Gewichtsabnahme. Keine eigentlichen Schmerzen. Patient gibt selber an, seine Frau und der Gehilfe wollen ihn vergiften, sein Vermögen nehmen und dann heiraten. Er habe auch Nervenzucken im Bein; zeigt seine Beine (wo von Zucken nichts zu sehen ist). Das linke Bein sei auch etwas gelähmt. Sein Magen sei jetzt schon fast gut. Er habe tagelang nichts gegessen, um nicht vergiftet zu werden. Er sehe immer, wie sie das Gift ins Essen reinmische. Gibt auch an, daß er auf der Klinik durch „uzen" von den jungen Leuten geplagt wird (meint die Mitpatienten). Sie haben gehört, daß er auf der Polizei war, weil er vorige Woche 38 Hammel geschlachtet hatte. Er bitte den Arzt, die Polizei anzurufen, ob die 38 Hammel da seien. Man werfe ihm Pulver ins Gesicht. Sie lachen über ihn und schimpfen: „Der alte Pollacke", weil er sich so häufig kratzen müsse seit einiger Zeit. Patient spricht mühsam, ohne fortlaufenden Zusammenhang, schweift leicht ab.

18. Oktober: Patient nimmt nur Spuren Nahrung auf. Brechreiz und Erbrechen, hustet viel Sekret aus. Jetzt Lungendämpfung und Rasselgeräusche, zunehmender Ascites. Ängstlich, unruhig, hockt meist auf dem Bettrand, sieht mißtrauisch um sich. Puls beschleunigt, Herztöne leise, starke Atemnot. Zunahme von körperlicher Schwäche und Somnolenz, mit zeitweiser örtlicher und zeitlicher Orientierung. Er sei hierher „geschleppt" worden. Er habe kein Vertrauen zu den Ärzten. Sie seien „Helfershelfer". Körperliche Schwäche des Patienten überwiegt die geistige Störung. Aufmerksamkeit läßt nach. Nur auf Anregung sind paranoide Ideen zu erfahren.

20. Oktober: Exitus. Sektion: Fibrinöse Perikarditis, Herdpneumonien vereinzelt im rechten Unterlappen, ausgedehnte Schwartenbildung im linken Unterlappen. Chronische Pneumonie. Talergroßes schüsselförmiges Pylorus-Carcinom mit mehreren Metastasen in der Magenschleimhaut. Vollständige krebsige Einmauerung des Ductus choledochus, Ductus hepaticus und Ductus cysticus, ohne Verlegung des Lumens. Vollständige krebsige Umwandlung der Gallenblase mit Verlegung des Lumens. Unzählige Metastasen in der Leber mit augesprochenem Krebsnabel. Carcinose des Bauchfells. Metastasen in perigastrischen, peripankreatischen und paraortalen Lymphknoten. Unzählige Metastasen in Lungen, Wirbelkörpern und Nieren. Leichte Arteriosklerose der Kranzschlagadern, der Brust- und Bauchaorta.

Hirnsektion: Leichte Atrophie des Großhirns. Dura Innenfläche glatt

und spiegelnd. Gefäße der Basis auffallend zart und schmal. Hirnwindungen in den vorderen $^2/_3$ anscheinend etwas verschmälert. Hirngewicht: 1260 g. Hirn im ganzen ziemlich fest. Hirnstamm und Kleinhirn o. B. 4 Ventrikel glattwandig, nicht erkennbar erweitert. Eisenreaktion makro- und mikroskopisch negativ.

Erst 6 Monate nach einer Erkrankung an Magencarcinom treten hier die psychischen Veränderungen auf. Sie bestehen hauptsächlich in Eifersuchts- und Verfolgungsideen ohne Halluzinationen und nur zeitweiser Unruhe. Man merkt, wie die Kachexie und Somnolenz an Stärke zunehmen, allmählich über die geistigen Störungen das Übergewicht gewinnen und schließlich ad exitum führen.

Fall 6: Frau O. T., 45 Jahre.

Familienanamnese: Vater tot, Mutter lebt und ist gesund. 4 Geschwister. Alle gesund. Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Mann ist kaufmännischer Angestellter.

Eigenanamnese: Patientin war gute Schülerin. Nach Schulentlassung Wäschenäherin. Ehe glücklich, ein Kind, gesund. Kein Abortus. Immer fleißig, sparsam, häuslich, sorgte für die Familie, keine verschlossene Natur. In letzter Zeit keine Veränderungen, hatte bloß Angst vor Krebs.

1904: Auskratzung wegen Blutungen.

1918: Brustfellentzündung, operiert. Krankenhausaufenthalt $^1/_4$ Jahr.

1925: Einsetzen von Blutungen. Unregelmäßig, auch außerhalb der Periode, in Frauenklinik behandelt.

Vor ein paar Tagen: Operation: vaginale Uterusextirpation. Am selben Abend trotz Narkose-Nachwirkungen sprach sie klar, erkannte Leute, war orientiert.

4. August 1926: Vormittags noch klar, nachmittags psychische Veränderungen. Begrüßt Geheimrat bei der Visite nicht, dreht dabei den Kopf zur Seite, ängstlich über das Wegbleiben des Mannes, läßt sich von der Schwester nicht behandeln, meinte, die Schwester würde sie belügen. Später Verschlechterung.

5. August 1926: Aufnahme in die Nervenklinik.

Körperlicher Befund: Frau mittelgroß, blasse Gesichtsfarbe, Schleimhäute sehr blaß, anämisch.

Patientin zu Bett gebracht, springt plötzlich auf, mit Mühe festzuhalten. Sehr unruhig, zieht sich hin und her, schreit. Spricht ununterbrochen in rhytmischer Sprache: „Eisenbahn 1, 2, 3, 4". Wiederholt sich fortgesetzt. Greift Worte aus der Umgebung auf. Gibt auf Fragen keine Antwort. Ob orientiert, ist daher nicht festzustellen. Blasse Gesichtsfarbe. Schleimhäute blaß, anämisch. Hochgradige motorische Unruhe. Nachts plötzlich Aufspringen aus dem Bett. Wird zu Bett gebracht.

Kurz darauf: 6. August 1926: Exitus.

Sektion: Zustand nach vaginaler Totalextirpation wegen Uteruskrebs. Allgemeine Blutarmut, zahlreiche Hautblutungen, kleine pneumonische Herde in beiden Lungenunterlappen. Geringe Arteriosklerose der aufsteigenden Aorta.

Hirnsektion: Makroskopisch o. B. Gewicht: 1330 g. Dura o. B. Gefäße enthalten wenig Blut; Hirnwindungen und Furchen zeigen regelmäßige Formen. Hirn im ganzen ziemlich weich und blaß. Eisenreaktion: makro- und mikroskopisch negativ

Bei einwandfreier psychischer Anamnese tritt hier ein paar Tage nach Uterustotalextirpation die Psychose auf. Sie beginnt mit leichter Ängstlichkeit und Mißtrauen, die später zunehmen. Am nächsten Tage geht das Bild in eine epileptische Erregung über mit Unruhe, Geschrei, Aus-dem-Bett-aufspringen, sich hin- und herwerfend, motorischer Unruhe. Dieses Zustandsbild hält 24 Stunden an; danach Exitus. Auffallend ist die Perse-

veration mit ununterbrochener Wiederholung der Worte: „Eisenbahn 1, 2, 3, 4" und Aufgreif envon Wörtern aus der Umgebung.

Ob die Psychose durch das Carcinom, durch die Operation mit ihrer großen Gewebszerstörung und ihren toxischen Nachwirkungen oder durch die sekundäre Anämie hervorgerufen worden ist, ist in diesem Falle kaum festzustellen.

Fall 7: Herr W. D., 39 Jahre.

1908: Lues, angina spezifica mit Geschwüren.

1909: Spezifisches Exanthem, seitdem keine Kur mehr.

1925: Trigenimusneuralgie. In der Nervenklinik mit Jodkali behandelt.

Vor eineinhalb Jahren: Drüsenschwellung in der linken oberen Schlüsselbeingrube.

Mitte Juli 1928: Drüsenschwellung links am Hals.

13. September 1928: Aufnahme in die medizinische Klinik.

Körperlicher Befund: Deutlicher Exopthalmus. An Handrücken und Fußrücken trockene Ekzeme. Infiltierende Rötung links vom Sternum. An der linken Bauchseite 2 elliptische Geschwürsnarben, gleiche Narben über dem linken Acromion, über dem Deltoideus und am Gesäß. An beiden Halsseiten und in der linken Fossa supraclavicularis, Drüsenschwellungen verschieblich gegen die Unterlage. Drüsen in der linken Achselhöhle. (Drei alte Geschwürsnarben: an der Stirn, am linken unteren Orbitalrand, an der linken Oberlippe). Rechte Lidspalte kleiner als die linke. Gaumensegel fehlt. Rote Tüpfelung des weichen Gaumens, Narben. Aditus laryngii ist unsymmetrisch, links Hypertrophie, rechts Atrophie, ebenso die Tonsillen. Thorax unsymmetrisch. Hühnerbrust. Ansatz der unteren Rippe rechts druckempfindlich. Lungen: Vorn normaler Klopfschall, rechts unten Giemen. Hinten über der linken Spitze leichte Schallverkürzung. Dort vereinzelte trockene und feuchte Rasselgeräusche. Leber eben palpabel. Herzgrenze überragt links querfingerbreit die Mammillarlinie. R. R. 100/70.

Blutbild: Bas. 2%, Eos. 17%, Stab. 2%, Segm. 45%, Lym. 31%, Mono 3%. Blut: Wa. R. negativ. Röntgenaufnahme: Thorax keine mediastinale Drüsen. Magen: Hackenmagen, o. B.

3. Oktober 1928: Mastdarmvorfall.

Blutbild: Leukocyten 8200 Hb. 96 Eryth. 4,9 Mill. Eo. 8%, Stab. 7%, Segm. 63%, Lym 18%, Mono 3%.

15. Oktober 1928: Histologische Untersuchung der Lymphdrüsen der linken Fossa supraclavicularis ergibt Plattenenephitelzüge im Lymphdrüsengewebe. Behandlung: Röntgenbestrahlung.

21. Oktober 1928: Unruhig, redet unzusammenhängend.

23. Oktober 1928: Aufnahme in die Nervenklinik. Neurologische Untersuchung o. B. Liquor nicht untersucht. Patient liegt ruhig, teilnahmslos im Bett, gibt nur ab und zu Antworten, auch dann nur einsilbig; er ist langsam, schwerfällig. Er sei „lange" krank, dann wieder plötzlich, er habe „Kreuzschmerzen". Gesicht schmerzlich verzerrt. Zeitlich und über die Dauer seines Aufenthalts nicht orientiert. Gibt falsche Antworten. Örtlich ist er grob desorientiert: Er sei hier in „Schöneberg, ein Film, ein Film müsse doch hier sein". Er spricht aber den Referenten mit „Herr Doktor" an. Geringe Neigung zu Konfabulation: Gestern abend war er nebenan, da lag er auch krank; daß er ausgegangen sei, sei doch schon lange her. Seine Frau habe ihn nicht besucht. Das ging so plötzlich, die wisse gar nicht, wo er sei. Er ist jedoch seggestibel. Sieht bei Bulbusdruck „bunte Striche, viele Punkte, einen Stern, der sich bewegt und in der Mitte eine sich drehende Feuerkugel". Er nimmt aus der leeren Hand einen Faden, sucht ihn dann auf der Bettdecke, betrachtet ihn lange und sagt: „Der brennt ja wie Spiritus". Er horcht lange nach Musik: „Da ist ja nichts, nein, doch ganz leise, ach, ich höre nichts". Fixiert ein leeres Blatt: „Ich kann nichts erkennen, meine Augen . . . .". Die Merkfähigkeit ist schlecht, kann nur leichte Aufgaben ausrechnen. Liest die Uhr falsch ab, statt 2 Uhr „kurz

vor 12". Einzelne Geldstücke erkennt er langsam, ohne sie zusammenzählen zu können. Während der Untersuchung kommt er mehrmals für kurze Zeit ins Weinen.

27. Oktober 1928: Patient zeitlich grob orientiert. Es sei „1928". Mehr wisse er nicht. „Wohl bald Winter". Die örtliche Orientierung schwankt stark, manchmal „Charité", dann „im Staate England". „Das sei so ein Teil von England". Was hier für ein Haus sei, wisse er nicht. Bei dem Versuch, ihn zu Konfabulationen anzuregen, gibt er den gleichen Wechsel zwischen richtigen Angaben und phantastischen Erinnerungsfälschungen, zunächst „immer hier", dann „gestern ist doch die Bude hier beinahe weggeschwommen, man wollte mich wegfahren mit so einer Sumpfbahn, da brach plötzlich das Wasser durch" usw. Den Referenten spricht er mit „Herr Doktor" an; hier seien „Kranke und Wärter, nein, auch Diener für die Pferde". Er ist in gleicher Weise auf allen Sinnesgebieten suggestibel; einmal spontane Sinnnestäuschungen, zeigt auf die Bettdecke: „Da ist doch etwas liegen geblieben, ein Paket, oder ein Buch; greift danach, sucht auch nach einen suggerierten Faden in der leeren Hand.

2. November 1928: Tags über meist ruhig, apathisch, gegen Abend wird er erregter. Versucht, aus dem Bett zu steigen, greift nach seinem Bett. Heute nachmittags zunehmende Unruhe, ängstliches, ungewisses Gesicht, blickt unter die Decke und unter das Bett, ruft: „Hier ist ein Junge in meinem Bett, der kriecht unter mich. Emil, komme doch vor! So ein Bengel, geht da nicht heraus . . . ." usw. Läßt sich nicht ablenken. Bleibt in der ängstlichen Erregung, steigt dann mit seiner Decke in den Händen aus dem Bett.

3. November 1928: Gegen Morgen nach ausreichendem Schlaf steht er auf, geht in den Tagesraum, will eine Zigarette rauchen, es sei doch nachmittags.

6. November 1928: Verlegung nach der II. medizinischen Klinik.

Bei Herrn W. D. fängt die Psychose mit Unruhe und unzusammenhängendem Sprechen an. Die Unruhe nimmt dann wieder ab, kommt und geht. In der Charité bietet er ein sehr wechselndes Bild: bald ist er schwerfällig, gibt langsame, teilweise einsilbige Antworten, bald ist er rege, suggestibel, konfabuliert. Druck auf den Balbus bringt bunte Striche, einen beweglichen Stern, eine sich drehende Feuerkugel hervor. Er antwortet abwechselnd mit richtigen und falschen Angaben. Zeitlich und örtlich ist er grob desorientiert. „Es ist 1928, mehr weiß ich nicht", frühmorgens empfindet er als nachmittags. Manchmal ist er in Schöneberg, später in der Charité, dann im Staate England. Den untersuchenden Arzt erkennt er aber immer als Arzt. Er hat auch spontane Sinnestäuschungen, z. B. hört er leichte Musik, sieht ein Paket auf dem Bett liegen und greift danach, glaubt einen Jungen unter seinem Bett zu haben. Es kommen auch mehrmals Tränenausbrüche, abends ist er mehr ängstlich als erregt. Die Merk- und Denkfähigkeit ist sehr herabgesetzt, er kann schwer rechnen, nur ganz leichte Aufgaben, liest die Uhr falsch ab.

Im ganzen bietet er zwei Bilder, das eine delirant mit Konfabulationen und traumhaften Erlebnissen, das andere das des amnestischen Symptomenkomplexes.

Fall 8: Herr A. N., 59 Jahre.

Anamnese: Patient hat sein Halsleiden schon über ein Jahr. War früher immer lebenslustig und tatkräftig. Aus Ängstlichkeit ließ er sich nicht behandeln.

24. Oktober 1929: Aufnahme in die Halsklinik. Feststellung eines Kehlkopfcarcinoms. Bestrahlung. Er selbst weiß nichts von der Diagnose. Von

da ab bis Anfang Januar in der Charité gelegen. Vor etwa 14 Tagen (6. 1. 1930) nach Hause entlassen. War zu Hause ruhig, saß still, las hin und wieder. Appetit durch die mechanisch erschwerte Nahrungsaufnahme sehr behindert. Bricht fast alles wieder heraus. In der Charité soll erwogen worden sein, entweder eine Magenfistel anzulegen oder eine Kehlkopfoperation vorzunehmen. Es wollte das nicht, hatte Angst davor. Gestern sollte der Patient dem Direktor der Halsklinik vorgestellt werden, um die Operation zu besprechen. Er meint daraufhin, daß es Mittwoch mit ihm zu Ende sei.

In der Nacht von Dienstag auf Mittwoch wollte er der Frau im Schlaf die Kehle zudrücken, ging auch mit einer Schere auf sie los. Die Frau machte sich frei, lief aus dem Haus und holte den Sohn. Währenddes versuchte er mit einer Schere, sich die Pulsader aufzuschneiden. Der Sohn fand ihn auf der Chaiselongue liegend bei Bewußtsein, auf dem Boden war eine große Blutlache. Er sah erschrocken aus, schrie auf: „Was habe ich gemacht, ich bin doch kein Mörder". Er fragt nach der Frau, ob er ihr geschadet habe. Der Sohn sollte bei ihm bleiben. Patient hat nie vorher Selbstmordgedanken gehabt, ist auch sonst nie auffällig gewesen. Vier Tage vor dem Selbstmordversuch habe er noch Skat gespielt, habe dabei gescherzt. Wieder nach der Halsklinik gebracht, wo die Kanüle, die verstopft war, erneuert wurde. Die Angehörigen vermuten, die verstopfte Kanüle habe ihm Atembeschwerden gemacht und dadurch zu dem Selbstmordversuch geführt. Er soll sich auch viele Sorgen mit Krankheiten in der Familie gemacht haben.

22. Januar 1930: Aufnahme in die Nervenklinik.

Körperlicher Befund: sezennierte Fistel nach Tracheotomie. Sonst innere Organe o. B. Neurologisch o. B. Bei der Aufnahme zeitlich und örtlich orientiert. Von den Vorgängen in der vergangenen Nacht indessen erklärte er, nichts zu wissen. Schreibt das auf. Sprechen ist ihm durch mechanische Behinderung unmöglich. Gleich darauf beginnt er zu weinen, bleibt auch in den Folgezeiten in sehr affekt-labilem Zustand. Seine Merkfähigkeit ist etwas vermindert, kombiniert gut. Patient ist tagsüber auf der Station geordnet, bittet aber bald schriftlich um seine Verlegung, „er gehöre nicht unter Verrückte".

24. Januar 1930: Auch in den beiden folgenden Nächten ist Patient ruhig, schläft ohne Mittel, Nahrungsaufnahme mechanisch sehr behindert. Bittet ständig um Verlegung. Heute zur Halsklinik zurückverlegt.

24. Januar 1930: In der Halsklinik: Stark ausgeprägte Cyanose und Atemnot. Untersuchung ergibt beginnende Unterlappenneumonie. Puls kaum fühlbar, beschleunigt, unregelmäßig. 12. 10 Uhr: Exitus.

Sektion: Kleinfaustgroßer, pilzförmiger, an der Oberfläche geschwürig zerfallener Krebs der Hypopharnyx mit Ausgangspunkt im linken Sinus piriformis. Stark geschwürig zerfallender flacher Krebs des Ösophagus am Übergang des oberen zum mittleren Drittel. Metastase in den linksseitigen Cervicaldrüsen. Zustand nach Tracheotomie mit längerem Verweilen der Kanüle in der Trachea. Stärkere Arteriosklerose der Kranzgefäße, Herzmuskelschwielen; mittelstarke Arteriosklerose der Brust-, stärkere der Bauchaorta. Schwere Tracheitis und Bronchitis. Herdpneumonien in beiden Lungenunterlappen, besonders im rechten. Diffuse Bronchiectasien, Lungenemphysem. Dilatation bei geringgradiger Hypertrophie des rechten Ventrikels. Gehirn nicht seziert.

Hier ist psychisch besonders auffällig der Mord- und Selbstmordversuch, ausgelöst durch die Angst vor der Operation und vielleicht durch die infolge der Kanülenverstopfung entstandenen Atembeschwerden. Sonst sind noch zu erwähnen, die Affektlabilität und die herabgesetzte Merkfähigkeit. Dagegen ist die Erinnerungslosigkeit für seine Gewalttätigkeiten vielleicht nur aus Angst vor Strafe vorgetäuscht. Nach alledem wäre es fraglich, ob bei dem Patienten eine symptomatische Psyche vorliegt, da aber Herr

A. N. zwei Tage später ad Exitum kommt, ist die Wahrscheinlichkeit dafür, daß es sich doch um eine symptomatische Psychose hadelt.

Fall 9: Herr F. M., 60 Jahre.

Familienanamnese: Ein Sohn erschoß sich mit 15 Jahren ganz unerwartet, hinterließ einen Zettel, er wolle den Eltern keine Schande machen. Er war nämlich vom Lehrer wegen seines Benehmens gemeldet worden und fürchtete, von der Schule entfern zu werden. Sonstige Familie psychisch o. B.

Eigenanamnese: Mit 17 Jahren erste Krankheit, Schwäche in den Beinen. Konnte keine Treppen steigen. Klagte sein Leben lang über diese Schwäche. Im Beruf nicht behindert. Keine Parästhesie. Als junger Mann sehr ernst, tanzte nicht, trank nicht, hat sich aber von seiner Umgebung nicht abgeschlossen. 1928 fing er an, über Schmerzen in der linken Seite zu klagen. Juni/Juli 1929: Nach Mergentheim. Fühlte sich danach etwas besser. Er arbeitete bis zuletzt, ging jeden Morgen um $^3/_4$7 Uhr ins Geschäft. War sehr ernst, grübelte viel über seine Schmerzen; er war niemals auffallend, es kam niemals zu Streitigkeiten, keinerlei Schwierigkeiten im Geschäft.

21. Januar 1930. Aufnahme in die Chirurgische Klinik wegen ein Jahr langer Verstopfung.

Diagnose: Sigmoidcarcinom. Histologisch: Scirrhus-Carcinom.

27. Januar 1930: Tumorverlagerung, faustgroß.

2. Februar 1930: Abtragen des Tumors im Hörsaal. In der folgenden Woche Appetit schlecht, Funktion des Anus gut. Zustand gut.

10. Februar 1930: Patient beginnt zeitweise zu halluzinieren. Wunde gut.

15. Februar 1930: Fäden gezogen. Psychisch: stumpf, willenlos. Manchmal Halluzinationen.

17. Februar 1930: Temperatur steigt auf 38,8, Dämpfung über dem linken Mittellappen. Psychose hält an. Im Sputum rotbraunes Blut. Am nächsten Tag wieder Temperaturabfall.

24. Februar 1930: Wundverhältnisse gut, Temperatur normal. Psychisch: Verschlechterung.

26. Februar 1930: Wird $^1/_2$ Stunde in den Stuhl gesetzt.

28. Februar 1930: Aufnahme in die Nervenklinik.

Körperlicher Befund: Innere Organe: Herztöne rein R. R. 125/65. Lungen o. B. Puls 58 in der Minute, starke Arythemie. Nach der Untersuchung 50 in der Minute, gleichmäßig. Bulbi vorgewölbt. Pupillen mittelweit r = l. Reagieren gut auf Licht und Convergenz. Augenbewegungen frei. Keine Nystagmus. Graefe +. Geringe Einstellungszuckungen in den Endstellungen. Fundus: bds. links größer als rechts verändert. Grenzen unscharf. Farbe grau. Trig. o. B. Fac.: in allen Ästen o. B. Zunge wird gerade herausgesteckt, frei beweglich. Obere Extremitäten: Tonus, Motilität o. B. Grobe Kraft, keine weitere Differenz. Der linke Arm sinkt vielleicht etwas ab. (Letztere Parese?) Triceps, Biceps + r = l; ASR: rechts positiv, links nicht auslösbar. Plantar: + r = l; Babinski negativ; Oppenheim rechts positiv, links negativ. Rossolino bds. neg. Mendel Bechterew neg. Lebhafte Fluchtreflexe.

Patient liegt zu Bett, macht einen elenden, etwas somnolenten Eindruck. Hält die Augen geschlossen. Wird aber aufmerksam, wenn er angesprochen wird. Name, Alter, Geburtsdatum: positiv. Will in Stendal geboren sein (falsch). „Heute ist Freitag Nachmittag" (richtig). „Den 25. März 1930" (falsch). Es sei Frühling. Jetzt nachmittags (richtig). (Wo?) „In der Charité". (Wo da?) „Das ist zu viel verlangt. Ich bin mein Leben lang nicht hier gewesen". (Klinik?) „Chirurgische Klinik". (Wie lange hier?) „Seit Mitte Februar" (falsch). (Wie lange bei uns?) „Ich war erst unten und jetzt nach oben". (Wann?) „Vor ein paar Tagen" (falsch). Spontan: „Wo ich eben war! Da waren 30 Männer in einem großen Kinderwagen. Ich bin 1,90 m lang und der Kinderwagen hatte 2 Seitenteile, also war es ein großer Wagen. An den Seiten waren Bretter, daher sage ich „Kinderwagen". Sie werden das nicht richtig finden. Wie sagen Sie?" (Bett!) „Sehen Sie da nicht, Mann, Mann. Kann nichts drauf geben, was einer

sagt. Ich sage Kinderwagen. Sie sagen ganz anders dazu". Patient will den Referenten schon im unteren Saal gesehen haben (falsch). (Wer bin ich?) „Der Doktor". „Kennen wir uns nicht aus Bielefeld?" „Ach, jetzt erkenne ich Sie! Herr Rechtsanwalt v. Frankenstein." (Nein). „Herr Rechtsanwalt, dann verraten Sie's mir. Sagen Sie, Herr Rechtsanwalt, leben die Eltern noch?" (Ja). „Mutter auch?" (Ja). „Ach, das freut mich". Nach einer Weile: „Das ist kein schönes Wiedersehen, Herr Rechtsanwalt. Sie in Ihrem Beruf, ich in meinem Leiden, das ist doch wohl zweierlei Unterschied". Patient verkennt Referenten als einen ihm bekannten Rechtsanwalt aus Bielefeld, und läßt sich nicht überzeugen. Zwischen Fragen schläft er ein, wacht wieder auf, sieht vor sich. (Ja?) Reagiert nicht. Spontan: „Was sollen Sie machen? Sind Sie Rechtsanwalt oder Arzt?" (Arzt). „Arzt sind Sie geworden! Welch edler Beruf, welch Menschengewinn liegt im Arzt! Das sind alles Übermenschen". (Schläft.) Spricht nicht spontan. (Was haben Sie gedacht?) „Wenn ich das sagen soll. An die Rechnung denke ich, die ich morgen bezahlen muß. In Bielefeld wird ja gesagt, Sie seien ein reicher Herr. Aber ich weiß nicht, ob das stimmt. Ich habe mit nichts angefangen, geschuftet Tag und Nacht. Ich will nicht beleidigen, Herr Rechtsanwalt, jeder hat so Zungen, die nichts gönnen. Ach, ja, die Mitmenschen. Ich will sie nicht beleidigen, wenn ich sage: Sie sind reich. Sonst wären Sie nicht Rechtsanwalt. Sie müssen wohl auch Geld verdienen". „Wo leben Ihre lieben Eltern jetzt? Und mir haben sie den Bauch aufgeschnitten vor 5 Wochen in der Charité. Machen Sie das nicht? Wer macht das? Hier ist der Kot rausgekommen, denken Sie, Herr Rechtsanwalt, hier vorn, nicht hinten". Patient hat Angst, er müsse wieder nach Bielefeld zurück. Seine Frau habe ihm das gesagt. „Ich soll heute noch nicht fort? Gott sei Dank. Ach". Zahl: 8716 kann er nach längerer Unterhaltung noch wiederholen, später sagt er 8715, fragt immer wieder nach den Verhältnissen des Rechtsanwaltes. (Glauben Sie, daß Sie verfolgt werden?) „Ein Regiment Kavallerie und 10 Infanterieregimenter sind hinter mir. Ach was, ich scherze ja nur. Warum soll ich verfolgt werden? Das habe ich nur gedacht. Aber was nicht ist, kann noch werden. Ich bin jetzt erst 60. Wer weiß, was mit 70 Jahren ist". (Patient will nichts gesehen und gehört haben). Spontan: „Also 14 Jahre sind Sie schon fort aus Rudolfstadt? Wieviel Uhr ist es genau?" (Sieben Uhr.) „Also dann machen Sie Feierabend, Herr Rechtsanwalt oder Herr Doktor". Bei der Bildererkennung zeigt er kein besonderes Interesse, legt sich immer wieder hin.

1. März 1930: Patient ist auch delirant, glaubt, daß Referent in Bielefeld war. Weiß einmal, daß er erst einen Tag hier ist. Später sagt er wieder, es seien mehrere Tage. Klagt über Trockenheit im Mund und über Kopfschmerzen.

Wa Reakt.: Negativ.

5. März 1930: Patient zeitweise etwas klarer, rechnet sich aus, daß er schon 3 Wochen in der Charité liegt. Nennt Namen des behandelnden Arztes in der Chirurgischen Klinik. Sauerbruch sei aber „Sauerbrei". Glaubt sich in der Chirurgischen Klinik; hält Oberarzt Z. für einen Chirurgen, wundert sich über das Fortbleiben der anderen Ärzte. Er zerbreche sich dauernd den Kopf, warum er in dem anderen Zimmer läge, man müsse ihn doch aufklären. Ist sehr ungeduldig, daß er bettlägerig ist. Man habe ihm doch versprochen, daß er kurze Zeit nach der Operation wieder Stuhlgang haben würde. „Was ist denn eigentlich mit mir los?" Klagt über starke Schmerzen in der Brust. Eitriger Auswurf.

6. März 1930: Es gehe ihm schlecht, er wolle ins Jenseits. (?) „Ach, hier ist ja nichts los, lauter Zank und Streit. Im Jenseits wird man gesund. Was hat man denn mit mir vor?" (Man will Sie gesund machen.) „Bin ich denn krank? Ich möchte nach Hause, nach Bielefeld". Glaubt, es sei 4 Uhr nachmittags. ($^1/_2$10 Uhr.)

Bei einwandfreier Familienanamnese tritt 8 Tage nach Operation an einem ungefähr ein Jahr lang bestehendem Carcinom eine Psychose auf. Örtlich

ist Herr F. M. leidlich orientiert, zeitlich schlecht. Er gibt den Monat falsch an, und am Aufnahmetag glaubt er, schon ein paar Tage in der Klinik zu sein. Seine Stimmungslage ist deprimiert, fatalistisch. Die ganze Psychose hat einen schwankenden Verlauf; einmal ist er wenig, dann wieder leidlich orientiert, einmal hat er Halluzinationen, dann wieder erklärt er, nie dergleichen gehabt zu haben.

Die Psychose ist den deliranten Zuständen zuzuzählen mit Halluzinationen und hartnäckiger Personenverkennung.

Fall 10: Herr W. L., 68 Jahre.

3. August 1930: Aufnahme in die Chirurgische Klinik. Feststellung eines Rectumcarcinoms.

6. August 1930: Anlegung eines Anus praeternaturalis.

26. August 1930: Rectumcarcinom breit extirpiert. Wundheilungsverlauf ging sehr langsam vor sich, aber offenbar ohne Komplikationen.

5. September 1930: Auftreten eines Verwirrungszustandes zunehmenden Grades. Desorientiert, Gedächtnis gestört. Verfolgungswahn.

9. September 1930: Aufnahme in die Nervenklinik.

Körperlicher Befund: Mittelgroß. Eben ausreichender Ernährungszustand. Leib mit Verband bedeckt, Zunge nicht belegt. Rachenorgane o. B. Herz etwas verbreitert. Systolische Geräusche über allen Ostien. R. R. 125/60. Lungen o. B. Patient gibt auf Fragen ganz zusammenhanglose Antworten. Man hat manchmal den Eindruck, daß er die Dinge nicht verstanden hat. Gelegentlich wiederholt er jedoch die Frage richtig, ohne daß dann die Antwort in irgend einem Zusammenhange mit der Frage steht. (Was ist das für ein Zimmer?) „Das kann ich nicht genau sagen, was der Postbeamte für ein Gehalt bekommt, ein Anfangsgehalt von 1700,— bis 1800,— Reichsmark glaube ich, ich habe mich nicht darum gekümmert." Patient beantwortet ganz andere Fragen damit, daß er Postmeister a. D. in Gumpa sei, er sei in Karpatchen gewesen, alle hätten sich gewundert, warum er sich versetzen lasse . . ., das brauche er sich nicht gefallen zu lassen. Er redet in ganz zerfahrener und oft unverständlicher Weise. Eine Diskussion ist mit dem Patienten nicht durchführbar. Die Aufmerksamkeit läßt sich nicht konzentrieren. Gelegentlich gelingt es einmal, richtige Antworten zu bekommen. Eine Prüfung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit sowie der Kombinationsgabe läßt sich nicht durchführen, da Patient nicht darauf eingeht. Die Orientierung ist grob gestört. Patient glaubt zeitweise, er sei in Gumpa, dann in der Charité, dann in der Nervenabteilung. Tag, Monat, Jahr, weiß er nicht: Es sei heute Sonnnabend (richtig: Mittwoch), den 7. Juli 1907 (richtig: 9. September 1930), meint dann wieder, es sei 1919, dann spricht er von 1863 usw. Örtlich schlecht orientiert. Auf die Frage, wo er sei, gibt er mehrere Stellen hintereinander an.

9. September 1930: Patient halluziniert lebhaft. Denkt, Arzt steht am Bettrande, obwohl kein Arzt da ist. Macht Bewegung, als ob er das Fenster öffnet. Hört vom Nebenzimmer die Stimme seines Arztes aus G.; ruft ihm laut zu. Aufmerksam gemacht, daß der Arzt nicht da sein kann, wird er wütend und schreit: „Ich hab ihn doch sprechen gehört!" Rechnen unmöglich. Krampfartige Störungen nicht erkennbar. Stimmungslage gereizt, zu Ausbrüchen neigend. Redet in unverständlichen Phrasen.

11. September 1930: Patient ist völlig desorientiert. Läßt sich zu zahlreichen Konfabulationen anregen: War gestern spazieren und in einer Gastwirtschaft gewesen, sei operiert worden. Obwohl es erst $^1/_2$11 Uhr ist, sagt er, er habe Gänsebraten zu Mittag gegessen. „Oder wie es heißt."

11. Oktober 1930: Sehr wechselndes Verhalten des Patienten. Zeitweise orientiert, zeitweise völlig desorientiert. Läßt sich leicht zu Konfabulationen anregen. War gestern „bei meinem Bruder, er ließ mich nicht rein". (Wie hineingekommen?) „Hingefahren im Bett". Oder er wäre in einer Kneipe. Er wollte gleich fortgehen, aber man habe ihn die Nacht dabehalten und

heute Morgen erst hergebracht. Patient fragt in vorwurfsvoller Weise nach seiner Operation, daß die Wunde so langsam zuheile, ob er nicht baden dürfe. Liest nicht, unterhält sich nicht. Manchmal ist er auch völlig verwirrt, ängstlich, glaubt, begraben zu sein, wäre schon begraben, würde jeden Tag begraben, das Grab wäre neben ihm, sein Bett wäre der Sarg, er liege schon in der Gruft. Er ist „sehr beruhigt" durch die Mitteilung, daß er nicht bewegt werden soll, um sofort wieder daran zu glauben. Patient weiß oft erstaunlich gut über Zeit, Ort und Operation bescheid. Keine oder nur angedeutete Aphasie. Erschwerte Wortfindung, oft undeutliche Sprache, falsche Bezeichnungen, findet aber schließlich die gewünschten Worte. Erzählt heute, daß er dreimal begraben worden ist, daß er zweimal im offenen Sarge durch die Stadt getragen worden ist, einmal nur zum Schein; daß er dreimal begraben worden ist, sei ihm ganz egal. Er bleibe ruhig liegen.

9. November 1930: Befinden hat sich in letzter Zeit erheblich gebessert. Äußert den Wunsch nach Verlegung. Ruhig und zufrieden. Nahrungsaufnahme, Verdauung und Schlaf zufriedenstellend. Operationswunde heilt langsam. Patient jetzt völlig orientiert, weiß, daß er sich seit dem 4. 8. in Berlin in der Charité befindet, ist auch über seine Operation und Verlegung im Klaren. Über den Grund der Verlegung kann er nicht genau Auskunft geben. Weiß aber dann doch, daß er „ganz verwirrt" gewesen ist, das sei vor der Verlegung gekommen. Man habe ihm nie gesagt, wo er eigentlich sei. Weiß, daß es November 1930 ist, als Datum nennt er den 6. Die Ärzte erkennt er als solche, nennt auch die Namen von Pflegern. Gibt gute Auskunft über sich. Er ist völlig geordnet. Allerdings macht er sich über seine Umgebung noch wenig Gedanken. Z. B. erzählt er, Herr Range sei Flieger, das habe er gesagt. Als R. dies jetzt korrigiert, er habe Pfleger gesagt, ist Patient von seinem Irrtum sofort überzeugt. Er hat sich aber darüber keine Gedanken gemacht, was ein Flieger dienstlich im Krankenhaus zu tun haben könnnte. Seine Stimmungslage ist der Situation angemessen, vielleicht etwas euphorisch, er ist zu kleinen Scherzen aufgelegt. Merkfähigkeit ist nicht grob gestört. 8716 nach 3 Minuten promt wiedergegeben. Sprache ungestört, nichts aphasisches.

18. November 1930: Urin-Untersuchung: Spuren Albumin. Im Sediment massenhaft Bakterien. Phosphate, mäßig Leukozyten.

26. November 1930: Besserung angehalten. Patient schläft sehr viel am Tage. Stimmungslage noch etwas euphorisch. Merkfähigkeit gut. Sprache ungestört; Verhalten und Angaben geordnet. Wieder nach der Chirurgischen Klinik verlegt.

Bei Herrn W. L. treten die ungefähr 2 Monate anhaltenden psychischen Störungen erst 10 Tage nach Extirpation eines Rectumcarcinoms auf. Sie fangen an mit Verwirrung, Desorientierung und Verfolgungswahn. Obwohl der Verfolgungswahn gleich zurückgeht, nehmen die Verwirrung und Desorientierung dauernd an Graden zu. Der Patient ist zerfahren, nicht aufmerksam, kann sich nicht konzentrieren. Wenn befragt über Ort und Zeit, gibt er entweder mehrere falsche Antworten, oder Antworten, die nicht mit der Frage im Zusammenhang stehen, oder überhaupt nur unverständliche Antworten. Gelegentlich gelingt es jedoch, richtige Antworten zu bekommen. Er halluziniert optisch und akustisch lebhaft; sieht einen Arzt am Bettrande, hört vom Nebenzimmer die Stimme seines Arztes aus Gumpa.

Im zweiten Monat merkt man die ersten Zeichen einer Besserung als Momente der Orientierung mit zunehmender Häufigkeit vorkommen. Er konfabuliert immer noch fortwährend und läßt sich leicht dazu anregen, er wird wiederholt begraben, erzählt schon vormittags über verzehrtes Mittagessen. Gegen Ende des zweiten Monats lassen auch die Konfabulationen nach. Herr W. L. ist wieder völlig orientiert. Das Merkfähigkeit-, Wortfinden- und Gedächtnisvermögen kehren zum Normalen zurück.

Fall 11: Frau E. B., 61 Jahre.

Familienanamnese: Keine Geschlechtskrankheiten in der Familie. Eltern wurden 82 Jahre alt. Zwei Schwestern in mittleren Jahren an Brustkrebs gestorben.

Eigenanamnese: Patientin bis zur jetzigen Krankheit immer lebenslustig gewesen, gesellige Frau, ordnungsliebend und sauber, stets harmonische häuslich Verhältnisse.

1914: Beseitigung einer Gebärmuttergeschwulst durch Bestrahlung. Danach mit 44 Jahren Aufhören der Menses.

Mitte 1925: Klagt zum erstenmal über Brennen beim Wasserlassen. Danach wechseln längere Zeit hindurch Beschwerden mit beschwerdefreien Zeiten.

Juli 1930: Sehr heftiges Brennen beim Urinlassen.

August 1930: Zum erstenmal blutiger Urin. Danach öfters Wiederauftreten. Konnte Urin tagsüber höchstens $^1/_2$ Stunde halten.

September 1930: Fing an abzunehmen, wurde blasser, schlafbedürftig. Urin jauchig, Gehör schlecht, mit zeitweiser Besserung.

15. November 1930: Anfang der Röntgen-Tiefbestrahlungen. Keine Besserung. Appetit wechselnd. Schwindelanfälle.

9. März 1931: Aufnahme ins Krankenhaus, weil Fahrt zur Behandlung in die Stadt zu anstrengend war.

17. April 1931: Anfang der psychischen Störungen.

18. April 1931: Aufnahme in die Nervenklinik.

Körperlicher Befund: Große, sehr abgemagerte Frau, schwach. Gelbblasse Haut, mäßige Ödeme. Hört schwer. Linke Pupille etwas weiter als rechte. Hirnnerven o. B. Schleimhäute blaß. Hals o. B. Brustskelet o. B. Lungen: Vesiculäres Atmen, ohne Nebengeräusche. Herz: perkutorisch nicht wesentlich vergrößert. Laute Töne. Erster Spitzenton unrein. Rhythmus o. B. Frequenz: 84 p. Min. R. R. 152/90. Leber: 2 Querfinger über Rippenrand, glatter Rand. Bauchdecken gespannt, daher kein Tumor fühlbar. Milz nicht tastbar. Kein Ascites. Blutuntersuchungen: negativ. Blutbild: Starke sekundäre Anämie.

Klinische Diagnose: Stark zerfallenes Blasencarcinom. Patientin berichtet über das frühere Krankenhaus: In der ersten Zeit habe sie sich ganz wohl gefühlt, danach sei ihr aber Unheimliches vorgekommen. Frühmorgens seien so seltsame Dämpfe im Zimmer aufgestiegen, die wohl zu ihrer Einschläferung dienen sollten. Sie hätten eklig nach Kautaback gerochen, auch andere Dämpfe seien gekommen, meist aber Tabakdunst. Gesehen habe sie die Dämpfe nicht. Die dauernden Belästigungen seien ihr unsympathisch gewesen. Von der Decke hingen Fliegen, auf der Strippe aufgereiht, bis auf das Bett, Krabben seien direkt in ihr Bett gekrochen, 2 davon hätte Patientin getötet. Am Sonnabend Morgen spricht sie von Sonntag Morgen, läßt sich nicht davon abbringen. Patientin denkt, sie sei am Sonntag gekommen. (Richtig: Sonnabend Abend). Eine ihr unsympathische Nachtschwester hätte sie aufgefordert, aufzustehen und in einem Fahrstuhl nach einem anderen Stockwerk herunterzufahren. Sie hätte sich darauf nicht eingelassen; übrigens durchschaue sie die Pläne der Schwester vollkommen: Man wollte ihr da eine Kapuze über den Kopf ziehen und dann fortbringen. Im Keller gebe es allerlei Geschrei, sie habe es gehört. Sie hörte angeblich das Wagengepolter im Fahrstuhl. Dieser Wagen sei zu ihrem Abtransport bestimmt. In ihrer Angst sei sie in ein gegenüber liegendes Zimmer gelaufen, wo vier ältere Herren gelegen hätten und hätte sie aufgefordert, aufzupassen, wenn man die Kapuze über ihren Kopf werfen wollte. Die Männer hätten ihr dies versprochen. Die Schwester wäre aber so wütend darüber gewesen, daß sie Dr. W., den Privat-Vertrauensarzt der Patientin holen ließ. „Boldtian, was machen Sie denn", habe er gesagt. — „Lassen Sie man, ich gehe von selber." Darauf habe Patientin ihren Vater antelefonieren lassen und sei abgeholt worden. Patientin wird weinerlich: „Was denken Sie, früh gehe ich übern Korridor, da schubst mich die Schwester ins Zimmer. Wie ich mich darüber beschwerte, behauptete sie, ich habe sie geschlagen. O,

so schlechte Menschen!" Patientin sei da überhaupt nicht zufrieden. Da passiere allerlei. Morgens, wenn sie aus dem Zimmer gehe, sehe sie einen Vagabunden auf der Türschwelle stehen. Einmal habe man sie weggeschleppt, fremde Menschen seien ins Zimmer gekommen, draußen habe sie sprechen gehört: „Nein, das tue ich nicht". Man habe sie aus dem Zimmer geschleppt, mit dem Fahrstuhl in den Keller gefahren, in einen Bauernwagen gepackt und hinaus auf den Acker geführt. Da sei ihr Bruder erschienen, der ihr Geld angeboten und ihr geraten habe, sich vor fremden Menschen zu hüten. Was sie eigentlich von ihr wollten, konnte Patientin nicht erfahren. Wahrscheinlich hätten sie ihr Geld stehlen wollen. Patientin merkt, daß wieder Dämpfe aufsteigen und ihr in der Nase bleiben. Sie habe ganz laut geschrien und sei plötzlich aufgewacht. Sie habe im Bett gelegen. Eine eintretende Schwester habe gefragt: „Na, gut geschlafen?" Patientin meint, sie wollte sie bloß dumm machen. So etwas, was sie erlebt habe, könne man doch nicht träumen. Patientin kann sich schwer aufrecht auf dem Stuhl halten. Sie stöhnt häufig auf, krümmt sich vor Schmerzen, hält sich mit der linken Hand den Leib. Öfters äußert sie: „Für verrückt können sie mich doch nicht halten. Ich bin völlig im Klaren über alles." Gesichtsausdruck vergrämt, leidend. Keine starken affektiven Äußerungen. Der Schlaf sei im allgemeinen gut; aber hier sei ihr das Bett zu hart. Sinnestäuschungen oder „Illusionen" (wie Patientin sie selbst nennt) habe sie hier nicht mehr gehabt. Der Appetit sei mäßig; man bekomme ja hier keine warme Milch: „Seit heute früh ein bissel kalte Milch, das ist alles". Schmerzen habe sie an der Blase immer. Letzter Stuhl heute Morgen. Seit 4 Tagen Schmerzen in dem linken Bein beim Auftreten und es sei dicker als das rechte. Auch häufen sich die Ohnmachtsanfälle. Örtliche Orientierung intakt. Zeitlich: „Dienstag?" (richtig: Montag). Datum: „weiß ich nicht. Da gucke ich in die Zeitung".

30. April 1931: In unverändertem psychischen Zustand nach einem anderen Krankenhaus verlegt.

Hier finden wir ein vorwiegend halluzinatorisches Bild. Es werden Menschen, Fliegen, Dämpfe, Gerüche, Geschrei, Situationen halluziniert; die Menschen sind einmal gute, ratgebende Brüder, dann wieder böse Krankenschwestern mit Mordabsichten. Die Halluzinationen sind hauptsächlich szenisch: Dämpfe steigen auf, sie fährt mit dem Fahrstuhl in den Keller, sie wird vom Vater abgeholt, sie ist in einem Bauernwagen hinaus auf den Acker gefahren. Es besteht eine Neigung zu Verfolgungsgedanken. Sie spinnt ihre Halluzinationen über ein Thema immer weiter fort, und entwickelt sie ins einzelne. Bemerkenswert ist die Zwischenzeit von 6 Jahren, zwischen dem Anfang der subjektiven Beschwerden wie Schmerzen, Brennen beim Wasserlassen und Auftreten der psychischen Störungen. Diese lange Zwischenzeit von 6 Jahren spricht dafür, daß die Anlage, im Sinne der Konstitutionsforschung in eine symptomatische Psychose auszubrechen, in diesem Falle nur gering sein konnte. Das Bild ist bei dieser Patientin vorwiegend Halluzinose.

Fall 12: Herr A. P., 33 Jahre.

Familienanamnese: Vater an Darmkrebs gestorben. Mutter aus unbekannter Ursache (Altersschwäche). Patient hat 6 Geschwister. Davon starb eine Schwester in der Irrenanstalt; sie soll religiösen Wahn gehabt haben. Ein Bruder und eine andere Schwester sollen auch eine Zeitlang in der Irrenanstalt gewesen sein.

Eigenanamnese: Guter Schüler, früher nichts Auffallendes. Zur Zeit der Heirat Tripper, keine Lues. Während der Ehe arbeitsam, gesellig, heiter, sehr beliebt, regelmäßig gelebt, sehr mitleidig, weich. Weinte viel beim Tod der Mutter und als seine Frau eine schwere Zangengeburt durchmachte. Sehr

sparsam, konnte nie genug Geld kriegen, konnte auf die Frau schimpfen, wenn sie Einkäufe gemacht hatte, vertrug sich aber im ganzen gut mit ihr. Über Kleinigkeiten leicht aufgeregt, schlug dann mitunter Kinder, obgleich er sonst sehr gut zu ihnen war. Im ganzen lustig, nie längere Zeit schwermütig, trank gern, aber nicht übermäßig, dann sehr verträglich und umgänglich.

10. Dezember 1930: Schmerzen und Schwellungen am rechten Oberkiefer. Von verschiedenen Ärzten behandelt.

Anfang April 1931: Nach Behandlung durch einen Magnetopathen Anfang der psychischen Störungen. Als er nach Hause kam, war er zerstreut, interessenlos, redete wenig. Seine Frau mußte die Worte aus ihm herausziehen. Abends sagte er, er würde nachts sterben und schenkte seinen Spazierstock einem Bekannten. Hatte auch für die Kinder kein Interesse. In der vorausgehenden Zeit las er viel über Krebskrankheiten und bezog es auf sich. Er ist unheilbar, würde hinsiechen, wäre appetitlos, würde sterben. (Er hat im Krankenhaus erfahren, daß er an Krebs leidet.) Er war immer gedrückt, weinte, bat die Frau um Verzeihung, weil er sich unrichtig gegen sie verhalten habe, ihr Ohrfeigen gegeben habe und knauserig gewesen sei. Der Zustand verschlimmerte sich dauernd, er saß und lag bewegungslos den ganzen Tag, sprach nie von selbst und antwortete auf Fragen nur einsilbig. Seit einiger Zeit zerfahren und verworren. Alles sei verkehrt. „Wo fahren wir, wir sind falsch ausgestiegen." (Wenn er zur Wohnung der Schwiegermutter fährt.) Alles, was in der Zeitung stehe, beziehe sich auf ihn. Er aß wenig, mußte dazu energisch angehalten werden, trank viel und schlief viel. Wenn man ihn bat aufzustehen, um zu essen, sagte er: „Ja, ja, gleich", aber deckte sich mit der Decke zu und blieb liegen. Er hatte viel Angst, z. B. als er abgeholt werden sollte, um hierher zu fahren, begann er zu zittern und lief schnell ins Bett. Mußte angezogen werden. Das Gedächtnis war gut, für alle früheren Dinge jedenfalls.

2. Mai 1931: In der Charité aufgenommen. Behandlung mit Radium; Geschwulst inoperabel, ging etwas zurück.

29. Mai 1931: Aufnahme in die Nervenklnik. Gibt an, er sei 2 Jahre im Felde gewesen, unverwundet. Auskunft von ihm ist nur mit größter Schwierigkeit zu erhalten. Er sitzt steif auf dem Stuhl, starrt vor sich hin. Schon nach kurzer Zeit steht er auf, will das Zimmer verlassen. Er läßt sich schließlich bewegen zu bleiben, antwortet dann kaum noch. Auf Frage, ob das Erzählen ihm schwer falle, nickt er und steht von neuem auf. Auch jetzt keine Antworten. Gefragt, ob die Geschwulst an seiner Verstimmung schuld sei, nickt er. Auf Frage des Referenten, ob er die Krankheit für schwer halte, schüttelt er den Kopf, steht wieder auf, drängt heftig zum Gehen.

Körperlicher Befund: Untersuchung erschwert, weil Patient z. Zt. überhaupt nicht antwortet. Rechts am Kopf apfelgroßer, harter Tumor, etwas verschieblich. Kopf im übrigen nicht druck- und klopfempfindlich, auch der Tumor nicht. Haut darüber läßt sich abheben. Lungengeräusche etwas unrein. Herz o. B. Leib weich o. B. Neurologisch: o. B.

1. Juni 1931: Liquor Untersuchung: Mittlere Vermehrung der Rundzellen. Lues: negativ.

5. Juni 1931: Liegt mit dem Kopfe unter der Decke teilnahmslos im Bett. Spricht spontan gar nichts. Auf Fragen nur einsilbige Antworten. Schläft gut ohne Schlafmittel. Keine Klagen über etwaige Schmerzen. Geringe Nahrungsaufnahme.

11. Juni 1931: Unverändert wie oben.

18. Juni 1931: Unverändert. Verbirgt Kopf unter der Decke bei der Visite. Antwortet nicht oder nur ganz kurz bzw. mit knappen Gesten. Im Verhalten sind keine paranoide oder ängstliche Züge zu bemerken. Ohne Kontakt mit der Umgebung. Bei Abwesenheit des Arztes verläßt er zuweilen das Bett. Geht rauchend auf dem Flur spazieren, blickt aus dem Fenster, sitzt im Tagesraum auf einem Sofa, äußert nie Wünsche.

27. Juni 1931: Der Negativismus des Patienten ist noch stärker geworden. Er verweigert Schlafmittel, nimmt nur wenig Nahrung zu sich, antwortet nicht, ist schroff abweisend bei Explorationsversuchen. Offenbar keine Schmerzen. In den letzten Tagen jauchig-stinkig-eitriges Sekret aus der Wunde. Patient läßt sich nur widerstrebend den Mund ausspülen. Verlegung ins Sanatorium Bernau.

Wir haben es hier mit einem erblich schwer belasteten Kranken zu tun. Ausgelöst durch ein weit vorgeschrittenes inoperables Kiefercarcinom besteht die Psychose bereits 3 Monate. Das Bild hat eine stark depressive Färbung. Der Patient klagt, er wäre unheilbar, würde sterben, weint viel, ist verstimmt, teilnahmslos, antwortet selten und karg. Der Negativismus ist stark ausgeprägt. Halluzinationen sind nicht bemerkt worden. Wichtig ist die ungewöhnlich lange Dauer der Psychose, mindestens 3 Monate. Bonhoeffer hat darauf hingewiesen, daß psychische Veränderungen auf Grund einer körperlichen Krankheit bei erblich Belasteten mehr den Charakter endogener Erkrankungen annehmen, daß das körperliche Leiden also das auslösende Moment darstelle für das Hervortreten verborgener endogener Anlagen. Ob es sich hier um eine rein exogene Psychose handelt, wäre nur aus weiterem Verlauf der Erkrankung zu ersehen. Es wird zu bejahen sein, wenn die psychischen Veränderungen sich völlig zurückbilden.

Fall 13: Herr R. H., 77 Jahre.

12. April 1932: Operation an einem Kiefercarcinom. Der Tumor ist durch den rechten Oberkiefer durchgebrochen. Entfernung des rechten Oberkiefers. Danach sieht man, daß der Tumor ins hintere Siebbein und in die Gegend der Keilbeinhöhle hineinreicht. Die erreichbaren Geschwulstmassen wurden entfernt.

26. April 1932: Wundheilung nicht perfekt. Man versucht, eine Prothese einzuführen, was aber mißlingt. Patient ist stets etwas verwirrt.

30. April 1932: Neurologische Untersuchung gibt keinen Anhaltspunkt für endocraniale Metastasen.

2. Mai 1932: Lumbarpunktion: Diagnose: Keine Tumorzellen.

6. Mai 1932: Umschriebener kleiner Parotisabsceß rechts. Eröffnung.

9. Mai 1932: Die Wundhöhle hat sich durch Tumormassen derartig verkleinert, daß die Prothese nur mit Mühe hineingedrückt werden kann.

10. bis 12. Mai 1932: Einlegen von Radium in die Wundhöhle.

14. Mai 1932: Ernährung mit Schlauch notwendig, da Prothese nicht mehr einführbar ist.

21. Mai 1932: Patient in den letzten Tagen zunehmend unruhig, steigt aus dem Bett, will spazieren gehen. Beim Versuch, eine Sonde einzuführen, zeigt er sich sehr wiederstrebend.

21. Mai 1932: Aufnahme in die Nervenklinik.

Körperlicher Befund: Alter Mann. Stark reduzierter Ernährungszustand, blasse Hautfarbe. Spur von Ödem am Fußrücken. Starke Veränderung im Bereich der rechten Gesichtshälfte. Narben und Vorwölbung der rechten Wangenpartie. Der rechte Bulbus steht tiefer als der linke. Status nach Oberkieferresection rechts. Granulierende Flächen. Keine lokalen Lymphdrüsenmetastasen. Übrige Mundschleimhaut trocken und mit Borken belegt. Thorax: Kyphose. Lungen: heller Klopfschall, vesiculäres Atmen. Herz: Grenzen überlagert, zweiter Ton klappend. Puls regelmäßig, beschleunigt. Abdomen: Innere Organe nicht tastbar. Luesuntersuchungen: negativ. Neurologisch: Bulbi stehen ungleichmäßig. Der Blick nach allen Seiten doppelsehend. Pupillen r = l etwas eng. Augenbewegungen rechts durch die Lagerung der Bulbus behindert. Fascialis: Rechte mittlere Fascialis gelähmt. Hypoglossus: Zunge kann nur bis zum Lippenrand vorgebracht werden. Cornealreflex bds. + (Parese des unteren Lides). Ver-

ständigung mit dem Patienten schwierig. Die Sprache ist näselnd und schwer zu verstehen. Örtlich desorientiert: Er sei in Magdeburg. Alter und Geburtsdatum gibt er richtig an. (Datum?) „1994 Mai". Patient schreibt auf. (Krieg?) „1914—1918". (Revolution?) „1918". Er wird über die Fragen ungehalten. (Jahr?) „1919" (falsch, richtig: 1932). „Ja, ja". Er nickt zustimmend. Er zeigt auf die rechte Kieferhälfte, wenn gefragt, ob er eine Operation durchgemacht hat: (wann?) er zuckt die Achseln. Er ist im allgemeinen schlecht orientiert. (Wie sind Sie hierhergekommen?) Er wisse es nicht. (Was für eine Klinik ist dieses hier?) „Ich hab mich am Bahnhof verlaufen, dann hat man mich hierhergeschmissen". Er wisse nicht, wer ihn hierher gebracht habe. „Es kann ein Arzt gewesen sein." (Schmerzen?) „Im Kopf". Er zeigt nach der Schädeldecke. (Wie geht es mit dem Essen?) „So langsam". Er zeigt die Bewegung der Einführung des Magenschlauches. (Wie gefällt es Ihnen hier?) „Ganz gut". (Wie ist der Schlaf?) „Ich werde immer schwindlig, ich möchte tiefer liegen". Er hat ein völlig geordnetes Verhalten bei der Untersuchung. Er führt alles aus was von ihm verlangt wird.

25. Mai 1932: Patient unverändert. Ruhig. Spricht nicht, ist aber ansprechbar. Geht allein zur Toilette. Sondenfütterung gelingt ohne Schwierigkeiten. Er ist örtlich unorientiert. Weiß aber, daß er in einer Nervenklinik ist. Er glaubt in Calbe, in einer Anstalt seiner Heimat, zu sein. Nicht ganz sicher, wie er hierher gekommen ist, gibt aber später an, er sei allein hierhergekommen. Er sei hier von einem Doktor zum anderen geschickt worden, dann in der Klinik operiert worden. Er habe es gemerkt, daß bei der Operation ein Stück Knochen herausgenommen wurde. Bestätigt jetzt, daß der Name „Charité" ihm bekannt ist. Weiß das Datum nicht genau. Gibt an: „18 . . 18 . . 19 . .". Kommt nicht weiter damit, Kriegsdaten richtig. Weiß aber, daß der Kaiser in Holland ist, daß Hindenburg das ganze Land regiert. Kann sich an Einzelheiten aus dem Wehrdienst erinnern, habe mal eine Uhrkette vom Kaiser bekommen, weil er in einem Manöver einen Dienst geleistet habe. Genaue Daten wisse er nicht. War nicht im Weltkrieg. Schwere Störungen der Merkfähigkeit. Rechnen kaum möglich. Kann Gegenstände ziemlich gut benennen. Beim Schreiben wiederholt er mehrmals denselben Buchstaben.

27. Mai 1932: Sehnerven bds. graurötlich, keine Stauungspapille.

31. Mai 1932: Patient verhält sich weiter völlig ruhig. Auch nachts keine deliren Zustände. Seit drei Tagen mit der Sonderfütterung ausgesetzt. Er trinkt langsam im Sitzen und nimmt auf diese Weise etwa 5 Tassen Flüssigkeit zu sich. Körpergewicht ist stehen geblieben. Seit dem 29. 5. Rötung und Schwellung der Parotis der rechten Seite. Ödem des rechten Unterlides. Zur Ohrenklinik zurückverlegt.

31. Mai 1932: In der Ohrenklinik. Operationshöhe ist noch nicht vernarbt, ist stark mit Borken ausgefüllt, die entfernt werden. Hierbei blutet an verschiedenen Stellen die Granulationsbildung. Die Höhle hat sich etwas verkleinert. An der Wange findet sich, sowohl im Bereich der Parotis wie auch in den weiter nach vorn gelegenen Partien eine derbe Weichteilschwellung (Tumor). Die Wunde ist genau gut vernarbt. Nur am Nasen-Augenwinkel findet sich eine kleine Fistel, die in das Lumen der Nase hineinführt. Unterhalb des Auges ist die Narbe stark eingesunken.

22. Juni 1932: Patient ist ruhig. Ißt mäßig gut. Gewichtszunahme. Wird zur weiteren Pflege ins Kreiskrankenhaus Wriezen verlegt.

Herr R. H. ist ein kachektischer Mann. $5^1/_2$ Wochen nach Operation an einem Kiefercarcinom und 9 Tage nach Einlegen von Radium in die Wundhöhle beginnt die Psychose mit Verworrenheit und zunehmender Unruhe, stark zeitlicher und örtlicher Desorientierung. Nach kurzer Zeit gehen die deliranten Erscheinungen zurück, es bleiben aber grobe zeitliche Desorientierung, erhebliche Störungen der Merkfähigkeit und Denkfähigkeit. Äußerlich ist er völlig geordnet und halluziniert nicht.

Fall 14: Frau M. R., 49 Jahre.

Familienanamnese: Eltern alt geworden. Zwei gesunde Geschwister. Mann und zwei Kinder gesund.

Eigenanamnese: Kinderkrankheiten: Scharlach. Früher niemals ernstlich krank. Sei einigen Jahren leidet die Patientin an einer paranoiden Erkrankung. Sie war deshalb in einem Sanatorium in Behandlung.

Vor ein paar Wochen: Es wurde ein zunehmender körperlicher Verfall beobachtet. Sie nahm dauernd ab und wurde auffallend blaß.

Anfang Mai 1932: Aufnahme in die innere Klinik. Feststellung eines occult-blutenden ausgedehnten Magen-Carcinoms. Durch eine psychiatrische Untersuchung konnte der paranoische Symptomkomplex nicht befriedigend geklärt und erklärt werden.

Körperlicher Befund: Mäßiger Ernährungszustand. Haut blaß, sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet. Zunge: feucht belegt. Rachen leicht gerötet. Andere Organe o. B. R. R. 130/75. Neurologisch: Pupillen entrundet, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Bauchdeckenreflex nicht auslösbar. Kein Babinski. Urin Alb. + Sach. — Sediment o. B.

4. Mai 1932: Operation an ausgedehntem Corpuscarcinom (Gastro-Enterostomie angelegt in Lokalanästhesie + Äterzusatz). Postoporative Behandlung. Am Anfang fühlt sich Patientin wohl.

8. Mai 1932: Unruhig, Erbrechen.

11. Mai 1932: Aufnahme in die Nervenklinik.

Körperlicher Befund: Sehr reduzierter Ernährungszustand, blaß-gelbes Aussehen. Kein Ödem. Kein Exanthem. Magenoperation (Verband). Herzaktion beschleunigt. Puls 120. Neurologisch: Pupillen mittelweit, reagieren wenig auf Licht und Konvergenz, sonst o. B. Kommt in sehr reduzierten Zustand. Erbricht zweimal nach der Aufnahme. Ist zeitlich und örtlich nicht voll orientiert. Redet ganz infantil und in betendem Tonfall. Redet Referentin als „Gnädige Frau" an. „Als Kind habe ich immer „Gnädige Frau" sagen müssen." „Das weiß ich nicht, gnädige Frau." Ist sehr ängstlich. Gegen die Augenuntersuchung wehrt sie sich. Wolle man sie blind machen? „Erbarmen Sie sich, meine lieben Freunde." Spricht immer mit bittender Stimme. Was man mit ihr hier wolle? Sie habe doch nichts getan. Will zu ihren Kindern. „Was hat man denn sonst als Feinde." Denkt, sie wäre nur in ein besseres Zimmer gebracht, weil Tochter und Bruder einem Verein angehören. Das wäre nicht nötig. „Ich denke, die wollen fort von mir."

15. Mai 1932: Psychischer Zustand unverändert. Hat Angst, ihr Mann hole sie fort. Sie wolle aber doch hierbleiben. Ist viel schwächer. Kreislaufstörung, desorientiert.

15. Mai 1932: Exitus.

Sektion: Handtellergroßes, zerfallendes Carcinom der Vorderseite und kleine Curvatur mit Durchwachsen der Magengegend und Stenose des Pylorus. Anämie und Kachexie. Carcinommetastasen im gastrischen Lymphknoten. Keine Organmetastasen. Geringe allgemeine Arterioklerose.

Hirnsektion: In den Blutleitern der harten Hirnhaut flüssiges Blut und wenige elastische rote bis weißliche Gerinsel. Die Durainnenfläche glatt und glänzend, ohne herdförmige Veränderungen. Die Arterien an der Hirnbasis zart. Das Gehirn symetrisch, die Windungen eher etwas schmal, besonders am vorderen und am hinteren Pol. Die weichen Häute überall zart. Die Gehirnsubstanz ziemlich fest und etwas feucht mit reichlichen Blutpunkten, die überall abwischbar sind. Die Hirnkammern von richtiger Weite und glatter Auskleidung. Keine herdförmigen Veränderungen im Gehirn.

Die schon seit mehreren Jahren an einer paranoiden Erkrankung leidende Frau M. R. erkankt an einer Psychose gleich nach Operation eines Magencarcinoms. Es besteht ausgeprägt infantiles Benehmen, Ängstlichkeit, mangelhafte Orientierung.

Fall 15: Frau E. P., 42 Jahre.

Familienanamnese: Mutter starb an Kehlkopfkrebs. Vater: fast 70 Jahre, rüstig und gesund, bis auf neuerliches Blasenleiden. Keine Geschwister. Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie nicht vorhanden.

Eigenanamnese: In früheren Jahren stets vergnügter, lebenslustiger Mensch gewesen, immer Geselligkeit geliebt. Haushalt tadellos geführt, unternehmend, tatkräftig; nie niedergedrückt oder in der Arbeitskraft beeinträchtigt. Nie empfindlich, oder eizbar.

Anfang 1932: Beginn der jetzigen Krankheit mit Ausfluß und Schmerzen beim Urinlassen. Bis dahin niemals körperliches Leiden.

September 1933: Feststellung eines Cacinoma Colli. Nicht gleich operiert wegen Bestehens eines Lungenspitzenkatarrhs. Zuerst Radiumbestrahlung. Nach Heilung des Katarrhes:

11. Dezember 1933: Vaginale Radikaloperation wegen Carcinoma Colli. Bis zum Tag der Operation hat Patientin voll ihren Posten ausgefüllt.

31. Dezember 1933: Anfang der psychischen Veränderungen. Örtliche Orientierung leidlich; zeitliche Orientierung völlig verwischt. Erregungszustände.

11. Januar 1934: Aufnahme in die Nervenklinik.

Körperlicher Befund: Reduzierter Ernährungs- und Kräftezustand. R. R. 125/80. Trockene, bronchitische Atemgeräusche. Vesiculäres Atmen. Sonst o. B. Luesuntersuchungen: negativ. Globulinreaktion: Opalescenz. Gesamteiweiß: ¼ pro mill. Urin Massenhafte Leukocyten und Bakterien. Neurologisch: Pupille rechts minimal größer als links. Sonst o. B. Patientin fängt an zu weinen: „Ich könnte mich wütend ärgern über das Weinen. Eigentlich bin ich gar nicht so traurig. Es liegt kein genügender Grund dazu vor. Aber ich muß einfach weinen." Sie sei am 8. Dezember operiert worden (richtig: 11. Dezember). Die Operation sei glatt gegangen. Nur habe sie sich langsam erholt und sehr schwach gefühlt. Auch die Tatsache der Operation möge etwas auf ihr Gemüt gewirkt haben. Sie habe viel geweint und solle mehrmals aus dem Bett gegangen sein, könne sich aber gar nicht mehr darauf besinnen. Wahrscheinlich hätten ihre Nerven schließlich versagt. Sie habe sich über die Behandlung nicht zu beklagen; daß es irgendwelche Leute böse mit ihr gemeint haben, davon könne gar keine Rede sein. Durch die Behandlungen sei sie vielleicht etwas nervöser geworden, aber wer würde nach einem Leiden wie dem ihrigen nicht einmal nervös? Hier jedenfalls in dieser Umgebung sei eine Besserung unmöglich; wenn sie hierbleiben müsse, sei sie morgen schon tot. Patientin lehnt energisch ab, je Stimmen gehört zu haben, nur nachts habe sie sehr aufregend geträumt. Der Stuhlgang sei zuletzt sehr unregelmäßig gewesen. Appetit und Schlaf stark beeinträchtigt. Das Allgemeinbefinden immer noch schwach. Zeitlich und örtlich ist Patientin orientiert. Jahreszahl und Datum prompt angegeben. Auf alles muß sie sich allerdings mühselig besinnen. Hier sei das Virchow-Krankenhaus. Hat wenig Antrieb, sich zu orientieren, aber auch keine groben Auffassungsstörungen. Einstellung etwas hypochondrisch. Beklagt sich, daß sie heute noch keine Medizin bekommen habe. Ist mürrisch, ablehnend und interesselos. Kombinationsfähigkeit läßt viel zu wünschen übrig, offenbar aus müder Interesselosigkeit und mürrischer Ablehnung.

18. Januar 1934: Opthalmologische Untersuchung o. B.

20. Januar 1934: Zustand wirklich gebessert. Ruhig, aber zeitweise nicht ganz orientiert. Verläßt gelegentlich abends ohne Anlaß das Bett. Mehrfach zeigt sie sich sehr besorgt darüber, ob auch wirklich alles zur Behandlung ihrer Operationswunde getan werde. Klagt über Schmerzen und Ausfluß.

27. Januar 1934: Weiter erholt. Verlegt nach der Frauenklinik. Verworrenheit nicht mehr vorhanden. Ruhig; macht keinerlei Schwierigkeiten.

Drei Wochen nach vaginaler Radikal-Operation bei einem mindestens 3 Monate lang bestehenden Carcinoma Colli bricht hier die Psychose aus. Sie beginnt mit Erregbarkeit und Desorientierung; dann tritt bei völliger

Krankheitseinsicht starke Neigung zum Weinen auf. Das Orientierungsvermögen kehrt mit kleinen Rückfällen wieder, aber eine Erschwerung des Denkens mit Teilnahmslosigkeit hält länger an. Es liegt ein typischer Fall von hyperästhetisch-emotionellem Schwächezustand vor.

Fall 16: Herr A. E., 54 Jahre.

Eigenanamnese: Patient war bis Januar 1934 immer gesund. Gelegentlich klagte er über Beschwerden im Magen und Atemnot. Mit der Zeit wurde er immer elender und nahm stark an Gewicht ab. Er befand sich dauernd in ärztlicher Behandlung.

Weihnachten 1934: Zustand besonders schlimm. Er ließ eine Röntgenaufnahme machen, die angeblich keinen krankhaften Befund ergab.

Januar/Februar 1935: Schwäche nimmt sehr zu. Muß dauernd zu Bett liegen.

14. März 1935: Sucht die Chirurgische Abteilung der Charité auf.

15. März 1935: Aufnahme in die Nervenklinik.

Körperlicher Befund: Untersuchung durch ängstliche Unruhe erschwert. Patient marantisch. Keine Ödeme, kein Exanthem. Herz o. B. Lungengrenzen o. B. Überall reines vesiculäres Atmen. Abdomen: Keine Resistenz. Milz und Leber nicht vergrößert. Neurologisch: o. B. Patient zeitlich und örtlich desorientiert. Man wolle ihn hier ermorden. Er müsse sofort von hier weg. Versucht aus dem zu steigen. Muß gehalten werden. Er sei gegen seinen Willen hierher gebracht, wolle sofort nach Hause, habe seine Sachen zu erledigen. Er wohne bei seiner Wirtin, von seiner Frau sei er geschieden. Er fängt dann plötzlich wieder an zu jammern und zu stöhnen, drängt aus dem Bett.

Nachmittags: Zustandsbild unverändert. Patient ist ängstlich und unruhig. Drängt aus dem Bett. Den Arzt kennt er nicht, er wolle auch weg; man wolle ihm hier etwas antun. Puls klein, leicht unterdrückbar, frequent.

Exitus.

Sektion: Scirrhöses Carcinom des Magens mit feldflaschenähnlicher Schrumpfung des Organs, submucösen Verwachsungen des Krebses mit dem unteren Ösophagus. Metastasen in den perigastrischen, pankreatico-duedonalen und portalen Lymphknoten. Carcinose des Peritoneums, besonders des Mesenteriums. Ummauerung des Pankreas mit partiellem Einwachsen in dasselbe. Fortwachsen des Tumors bis zum oberen Pol der linken Niere mit Einwachsen in die linke Nebenniere. Metastasen in beiden supraclavicularen Lymphknoten, multiple Metastasen der Haut, Carcinose beider Pleuren mit alter adhäsiver, schwartiger Pleuritis. Carcinose der Wirbelsäule. Hochgradige Kachexie und Anämie. Ödem beider Lungen. Broncho-pneumonische Herde im rechten Unterlappen. Ausgedehnte schwartige Verwachsungen der ganzen rechten Lunge. Geringe verucöse Endocarditis.

Hirnsektion: Weiche Hirnhäute sind stark bluthaltig, um sie herum in allen Hirnwindungen weißliche, etwas geleeartige Einlagerungen, die sich an verschiedenen Stellen zu weißlichen Herden vereinigen. Die Hirnwindungen springen etwas deutlich vor und sind weich. Das ganze Gehirn erscheint etwas gequollen und massig. Die Ventrikel sind wie üblich gebildet, glatt ausgekleidet. Das Ependym haftet etwas fest. Blutpunkte in der weißen Substanz finden sich deutlich ausgeprägt. Diese läßt außer einer gewissen Weichheit keine Besonderheiten erkennen. Die Marklager sind gut abgesetzt im Schnitt wie immer, auch Kleinhirn, Brücke und Medulla sind unverändert. Die Gefäße der Basis zeigen wenig gelbliche Einlagerungen, sind zum Teil noch gut mit Blut gefüllt. Die Längsleiter an der Basis sind ohne Inhalt.

Bei einem schon weit fortgeschrittenen und vielfach metastasierten Carcinom des Magens, das mindestens ein Jahr besteht, mit hochgradiger Kachexie und Anämie, bricht hier ein Delirien ungefähr 24 Stunden vor dem Tode aus. Sie zeigt sich durch ängstliches Verhalten, Unruhe, Beein-

trächtigungsideen, Drang fortzulaufen, zeitliche und örtliche Desorientierung.

Fall 17: Frau L. S., 47 Jahre.

Familienanamnese: Vater starb an Diabetes. Mutter o. B. Mann 1919 Lues.
Eigenanamnese: Sonst gesund gewesen.

Körperlich: Grazile Frau in reduziertem Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute mäßig durchblutet. Lungen: im linken Mittelfeld Bronchialatem, vereinzelte Rasselgeräusche. Herz: o. B. R. R. 125/75. Abdomen etwas aufgetrieben. Diffuse Druckempfindlichkeit. Gynäkologisch: An der Portio ein faustgroßer, knolliger, stark blutender Tumor, Übergreifen auf die Scheide. Tumor inoperabel. Portiocarcinom.

14. bis 22. Mai 1935: Behandelt mit Röntgen- und Radiumbestrahlungen. Mehrmals Temperaturanstieg.

22. Mai 1935: Plötzlich einsetzende Psychose mit deliranten Halluzinationen. Unruhig. Nachts: Verfolgungsideen.

23. Mai 1935: Aufnahme in die Nervenklinik. Patientin ziemlich unruhig, wühlt in den Bettdecken herum, kramt suchend im Bett umher. Befragt, was sie suche: „Ich suche doch meinen Ehering, wo ist er? Er muß doch dort in dem schwarzen Kasten liegen." (Wo sind Sie hier?) „Bei den Mädchen". (Was für Mädchen?) „Na, zu Hause". (Datum?) „Es ist so ungefähr im Mai 1935". Antwortet auf die Fragen: „So fragt man kleine Kinder aus, ich bin doch nicht dumm". Ist unsicher und ziemlich ungenau in ihren Antworten.

24. Mai 1935: Patientin jammert laut: „Ich will sofort meinen Mann haben. Nicht einen Wunsch kann man hier haben. Ich will meinen Mann sehen. Der Conrad weiß alles und kann alles. Ich verlange sofort meinen Mann, sonst tue ich was. Diese schlechten Leute hier, sie halten einen für dumm . . . . Ich verlange meinen Mann und keiner rührt sich, da sehen sie, daß hier nichts aufrichtig ist. Merken Sie sich das, so wahr, wie ich hier stehe" (Patientin liegt im Bett). „Bald gibt es Zahltag, und wenn es Zahltag gibt, denken Sie an mich!" „Hier sind Hunde, und alles, hier ist doch kein Krankenzimmer . . . . Hier wird dauernd von Hunden gesprochen, aber nicht von Krankenzimmern . . . . Holen Sie mir sofort den Conrad . . . . So'ne Sachen, die hier gesprochen werden, so was Grobes." Dreht sich zu den anderen Patientinnen: „Wo sind denn Ihre Bekannten? Die wissen doch die Telefonnummer von meinem Mann. Sie sollen ihn sofort anrufen. Ich habe was mit ihm zu besprechen. Sie scheinen mit ihren Gedanken ganz wo anders zu sein."

30. Mai 1935: Patientin ist wesentlich ruhiger geworden. Ist zu geordneter Unterhaltung wieder fähig. Gibt Datum und Zeit richtig an.

1. Juni 1935: Zurückverlegung nach den Ca.-Baracken.

Hier handelt es sich um eine Psychose nach mehrmaligem Fieberanstieg, ausgelöst durch Röntgen- und Radiumbestrahlungen eines inoperablen Portiocarcinoms. Die Psychose hat plötzlich eingesetzt und dauert ungefähr eine Woche. Es besteht Angst, innere Unruhe, motorische Unruhe, Mißtrauen, weinerliches Wesen, Halluzinationen, zeitliche leidliche, örtliche schlechte Orientierung. Die Halluzinationen sind optischer und akustischer Art.

Im ganzen wäre das Bild als Delir zu bezeichnen.

Fall 18: Frau E. Br., 58 Jahre.

Familienanamnese: Eine Schwester lebt und ist gesund. Der Bruder starb vor 5 Jahren an Herzschwäche. Eltern leben getrennt in England. Patientin verließ ihren Mann in San Francisco 1906, um nach Deutschland zurückzukehren.

Eigenanamnese: Früher nie ernstlich krank gewesen. Psychisch nie auffällig gewesen. Gleichmäßige heitere Stimmung. Etwas verwöhnt und eigen. Mit Schwiegersohn lebt sie in Streit wegen finanzieller Differenzen.

Seit 1933: Ständig Durchfall und Erbrechen.

Februar 1935: Darmkrebs festgestellt. Patientin dann 6—8 Wochen in der Bestrahlungsabteilung der Charité behandelt. Durch die 50 Bestrahlungen hatte sie starke Verbrennungen und angeblich „rote Knoten" an allen Gelenken. Patientin hat auch stark an Gewicht verloren. Man mußte mit der Röntgenbehandlung aufhören und sie entlassen.

Ende April 1935: Plötzlich 40 Grad Temperatur. Wurde wieder in die Bestrahlungsabteilung eingeliefert, wo sie, nach 8 Tagen ungefähr, plötzlich Darmverschluß bekam. Am selben Tag in der Chirurgischen Klinik operiert, Anus praeter- naturalis angelegt (11. Mai). Danach rasche Erholung, guter Appetit, fühlte sich wohl, wurde deshalb nach einigen Tagen (15. Mai) in die Hansaklinik verlegt. Bei dem Transport habe sie sich sehr aufgeregt und starke Schmerzen in der Wunde gehabt. Patientin gibt an, in der Klinik habe man sie liegen gelassen, sich nicht um sie gekümmert, ihr nicht das Becken gegeben usw. Deshalb habe sie versucht aufzustehen und zu der Tür zu gehen, um jemanden zu rufen. Sie habe nicht versucht, aus dem Fenster zu springen. Sie wisse ja, was mit ihr los sei, daß sie doch sterben müsse. Sie habe schon die vielen Medikamente und Spritzen verweigert. Nach Angaben der Schwester soll sie in der Klinik erregt und unruhig gewesen sein. Hat versucht, ihre Sachen zu packen mit der Angabe, ihre Pflegetochter würde schon die Sachen abholen, wenn sie tot sei. Sie habe auch Selbstmordabsichten gehabt. Beruhigungsmittel bringen keine Besserung. Als Pflegetochter heute mittag die Patientin besuchte, habe sie sie völlig geordnet und ruhig gefunden. Der leitende Arzt der Hansaklinik hat ihr aber zur Verlegung hierher geraten.

12. Juni 1935: In der Nervenklinik aufgenommen.

Körperlicher Befund: Mager, stark reduzierter Ernährungszustand. Kachektisches Aussehen. Haut und sichtbare Schleimhäute blaß. Keine Drüsenschwellungen oder Exanthem. Leichtes Knöchelödem beiderseits. Herzaktion beschleunigt, Töne laut, rein, Herzgrenzen normal. Lungen o. B. Grenzen, besonders rechts, etwas hochstehend. Abdomen: Operationswunde mit Anus präternaturalis. Neurologisch o. B. Luesuntersuchung: negativ. In der Nacht hat Patientin Verfolgungsideen, erzählt am nächsten Morgen, man wolle sie sterben lassen, habe ihr starkes Schlafmittel ins Bier getan und Spritzen gegeben, daraufhin sei sie in einen traumhaften Zustand gekommen. Sie habe aber genau gemerkt, wie die Schwester sie mehrmals befühlte, ob sie schon tot sei. Der Arzt sei mit Motorrad angefahren, um auf den Moment ihres Todes zu warten. Sie wurde vom Leichenwagen abgeholt und eine Räucherkerze wurde an ihr Fenster gestellt. Die Schwester habe ihre Sachen und Kleider vor ihren Augen gepackt, damit es nach dem Tode leichter sei, sie abzuholen. Man habe es vorgehabt, „sie für immer einschlafen zu lassen". Die Schwester habe noch gesagt: „Nun werden Sie wieder mit Ihrer Tochter sein". (Die Tochter ist während einer Fehlgeburt gestorben.) Die Schwestern hatten Angst, ihre Stellung zu verlieren, wenn sie sie nicht umbrächten. Patientin will die Hansa-Klinik wegen Mordversuches anklagen. Sie sei über Nacht grau geworden. Einschließungsangst. Mißtrauisch. Die Hansa-Klinik hätte Angst, ihre Bekannten zu ihr zu lassen, damit sie nichts erfahren. „Ich habe Angst, ich komme nicht aus dem Zimmer. Sie wollen mich umbringen, weil ich ihnen zu lästig bin und sie zu wenig Schwestern haben." Die beiden Ärzte in der Hansa-Klinik seien ihr unsympathisch gewesen. Patientin hat Angst, daß sie zu anspruchsvoll gewesen sei. Vergiftungsgedanken. „Ich habe alle Verwandte da erkannt, durfte sie aber nicht sprechen." Seit sie nun hier sei, habe sie sich so verändert, kann wieder schlafen, sei völlig klar im Kopf, daß ihre Verwandten sie kaum wieder erkennen würden. Von ihrem Schwiegersohn wolle sie keinen Besuch mehr haben, der warte nur auf ihren Tod, um sie zu berauben, obwohl sie ja garnichts hatte zum vererben. Sehr lebhaft, verneint immer wieder, geistig gestört zu sein, würde es aber werden, wenn sie hierbleiben müßte. Von ihren Wahnideen ist sie vollkommen überzeugt. Zeitliche und örtliche Orientierung intakt. Etwas schwer besinnlich. Genauer Daten ihres Lebens kann sie sich nur schlecht erinnern.

14. Juni 1935: Patientin ist heute gereizt, mißtrauisch, in weinerlicher Stimmung. Klagt, man halte sie hier für größenwahnsinnig, „nachdem sie erzählt habe, daß ihr Großvater Fliegeradjutant beim König von Württemberg gewesen ist". Überhaupt ist sie bei den Angaben über ihre familiären Verhältnisse besonders gereizt, führt immer wieder irgendwelche Bekannte an, bei denen man Erkundigungen einziehen könnte, daß ihre Angaben auf Wahrheit beruhen.

15. Juni 1935: In Einzelzimmer verlegt, dafür dankbar. Will Schwester so wenig Arbeit wie möglich machen, sogar nichts essen, so daß sie keinen Stuhlgang hat. Stimmung labil. Patientin neigt zu kurzen Tränenausbrüchen, freundlich, zugänglich, orientiert, noch immer etwas mißtrauisch, man könne sie für geisteskrank halten. Klagt über Schmerzen im Leib, Appetit gut.

17. Juni 1935: Starkes Druchgefühl und Schmerzen im Magen. Appetitlosigkeit, Schlaflasigkeit. Nahrungsaufnahme macht große Schwierigkeiten, da sie keinerlei Wünsche in Bezug auf das Essen äußert. Hat Angst, die Schwester werde denken, daß sie schikanieren und Arbeit machen wolle. Wunde behandelt. Abdomen nicht druckschmerzhaft.

21. Juni 1935: Patientin außerordentlich ängstlich, besonders mit dem Essen. Kann angeblich fast alles nicht vertragen. Weißbrot bliebe im Hals stecken und etwas dunkles Brot drücke auf den Magen. Entschuldigt sich immer bei den Schwestern, daß sie viel Arbeit mache. Für ihre krankhaften Ideen besteht noch immer keine Einsicht. „Sie können sagen, was Sie wollen, ich weiß, daß sie alle in der Hansa-Klinik unter einer Decke stecken, die mich beseitigen wollten. Es kann ja sein, daß sie meine Leiden verkürzen wollten, weil sie unheilbar sind. Dann macht sie einem Arzt der Hansa-Klinik ganz unsinnige Vorwürfe, er habe eine wässrige Flüssigkeit, die ihr eine Schwester in einem Glas gegeben hätte und die Gift enthalten hätte, nicht nachgeprüft. Patientin ist von der Unsinnigkeit ihrer Behauptung auch nicht zu überzeugen. Wie die zweite Patientin im Zimmer angibt, scheint sie auch hier Vergiftungsideen zu haben und mißtrauisch zu sein.
Dissertation. Spalte 18
Als ihr ein Glas auf den Nachttisch gestellt wird, habe sie geäußert: „Das soll ich trinken? Das ist kein Wasser!"

24. Juni 1935: Patientin ruhig, Appetit mäßig. Keine Beeinträchtigungsideen mehr geäußert. Wünscht dringend aus der „Nervenabteilung" fortverlegt zu werden, sie gehöre doch nicht hierher. Sie könne die Umgebung, die vielen geisteskranken Menschen nicht mehr ertragen. Wunde gut im Heilen. Stuhlgang erfolgt regelmäßig 2 mal täglich.

26. Juni 1935: Patientin wird nach der Ca.-Baracke verlegt.

Bei gut erhaltener zeitlicher und örtlicher Orientierung ist Frau E. Br. ängstlich erregt, unruhig, mißtrauisch. Ihre Stimmungslage ist weinerlich; sie ist fest überzeugt, daß sie sterben werde, verweigert daher Medikamente und Spritzen. Sie klagt über schlechte Behandlung in der Hansa-Klinik, man vernachläßige sie und verstehe sie falsch. Das Personal sei ungenügend, sie mache zu viel Arbeit, man wisse, daß sie so wie so sterbe, daher bringe man sie um, tue Gift ins Bier und gebe ihr giftige Spritzen. Man stecke alle in der Hansa-Klinik unter einer Decke. In der Psychiatrischen Klinik findet man ein Fortbestehen der paranoisch-ängstlichen Beeinträchtigungsideen. Patientin halluziniert, indem sie Kerzen am Fenster und den Arzt auf einem Motorrad anfahren sieht. Sie hat keine Krankheitseinsicht. Zeitweise ist sie geordnet und ruhig. Sie versucht ihre Untaten anderen in die Schuhe zu schieben, z. B. sie habe sich nicht aus dem Fenster stürzen wollen, sondern ging bloß umher, um die Schwester zu suchen. Wo sie ihre Sachen habe packen wollen, um sie von der Pflegetochter abholen zu lassen, wenn sie tot sei, gibt sie später an, daß die Krankenschwester vor ihren Augen sowas gemacht hätte.

Nachdem wir die einzelnen Fälle dargelegt und wegen ihrer Besonderheiten besprochen haben, wollen wir jetzt diese Krankheitsfälle von einem allgemeinen Gesichtspunkt aus betrachten um festzustellen, ob sie sich von anderen Fällen von symptomatischen Geisteskrankheiten unterscheiden.

Ätiologie.

Zuerst möchte ich auf die Frage der Ätiologie eingehen. Die symptomatische Psychosen gehören zu den Geisteskrankheiten exogener Ätiologie. Zu jeder symptomatischen Psychose gehört mindestens eine somatische Erkrankung, die als ursächlicher Moment angenommen werden kann. Nach eingehender Untersuchung symptomatischer Psychosen, die in der Psychiatrischen Klinik der Charité in den Jahren 1924—1936 vorgekommen sind und bei denen gleichzeitig ein Carcinom bestand; nach Ausschalten sämtlicher Fälle, bei denen in der Anamnese noch andere als Ursache für symptomatische Psychosen in Betracht kommende Momente vorhanden sind, bleiben immer noch 18 Fälle symptomatischer Zustandsbilder zurück, die wie ich glaube, nur auf das Carcinom zurückzuführen sind.

Da die symptomatische Psychose in ihrem Wesen eine exogene Störung ist, und als man mit der Zeit das Symptomenbild ziemlich klar festgelegt und verstanden hat, kam damit das natürliche Bestreben auf, das Rätsel zu lösen, die Verbindungsbrücke herzustellen um herauszubekommen, wieso das Gehirn auf äußere Einflüsse so reagiert.

Der Gedanke, der im allgemeinen von den Autoren angenommen worden ist, ist der, daß der Vorgang ein toxischer ist, umstritten wird aber die Art der toxischen Wirkung. Vor etwa 30 Jahren hat Nissel auf Grund von Tierversuchen geglaubt, jeder von ihm gesetzten Vergiftung eine bestimmte Zettveränderung zuordnen zu können, die Auffassung mancher Kliniker ging dahin, daß einer bestimmten histologischen eine ebenso eigenartige seelische Veränderung entsprechen müsse. Jedoch schon die toxologisch-anatomische Annahme hat sich nicht bestätigen lassen. Bonhoeffer hat darauf hingewiesen, daß trotz der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankungen man eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder findet. Er hat vor allem unter Beziehung auf der Delirium Iremene die Annahme gemacht, daß zwischen somatischer Erkrankung mit seinem spezifischem Gift und Psychose, eine gewisse Zwischensubstanz, ein „ätiologisches Zwischenglied" existiere; dieses intermediäre Stoffwechselprodukt wird vom Körper selber produziert, entweder in inneren Organen oder im Stoffwechsel des Gehirns und auf diese sekundäre Autotoxine hin reagiert das Gehirn mit psychischen Veränderungen. Dabei ist aber nicht ausgeschlossen, daß gelegentlich dazu eine Reaktion des Gehirns auf die ursprüngliche Noxe zustandekommt.

Die Substanzen, die über den Umweg eines Zwischenproduktes zu psychischen Veränderungen führen können, können einerseits

von außen eingeführt werden, wie z. B. bei Grippe, Typhus, Malaria, Infektionen im allgemeinen; andererseits können sie im Körper selber gebildet werden, wie z. B. bei Basedow, Urämie, Carcinom.

Da es bei dem Fortschreiten eines Carcinoms zu größeren Gewebszerstörungen kommt, liegt der Gedanke nahe, daß das Gift, das bei dem Carcinom zu suchen ist, Eiweißabbauprodukte sein können. H. Pfeiffer hat mit „Eiweißstoxikose" den Zustand bezeichnet, wo es aus irgendwelchen Gründen zu einer Überschwemmung des Kreislaufes mit Eiweißspaltprodukten kommt. Hierbei handelt es sich um Krankheitserscheinungen, welche eine dem Bilde der Peptonvergiftung wesensgleiche Autointoxikation darstellen und der echten Urämie nahestehen. Die Ursachen zum Eiweißzerfall bzw. -abbau können verschiedenartig sein. Je nachdem, ob es dabei zu einer Mehrbildung von Schlacken im Körper kommt oder nicht, hat H. Pfeiffer zwei Hauptgruppen der Eiweißzerfallvergiftungen unterschieden. Zum ersten gehören z. B. Darmintoxikationen bei gesteigerter Aufnahme von Eiweißschlacken oder Proteasen vom Darme aus, sowie die Retentionsurämie infolge mangelhafter Ausscheidung. Die zweite größere Gruppe, die uns mehr interessiert, bei der es zu einer Mehrbildung von Eiweißabbauprodukten und Freigabe von Gewebsproteasen kommt, schließt u. a. strahlende Energieformen, wie Röntgenbestrahlungen und Radium ein.

Bei mehreren von meinen Fällen sieht man, daß die Psychosen erst nach Röntgen- oder Radiumbehandlung des Carcinoms ausgebrochen sind, also nach umfangreicher Zerstörung von Carcinomgeweben.

Auch andere Momente sind in Betracht gezogen worden, wie z. B. der Blutdruck. Von allen meinen Fällen, in denen der Blutdruck gemessen wurde, wurden normale Werte gefunden, mit nur zwei Ausnahmen: Frau E. B. hatte einen etwas erhöhten Blutdruck (152/90) und Herr W. D. einen erniedrigten (100/70). Bei toxisch-infektionösen Prozessen ist es bekannt, daß man eine Hypotome vorfindet. Aber es ist zwefelhaft, ob wir den Befund des letztgenannten auswerten können.

Die Lokalisation im Gehirn ist auch umstritten worden. Gamper, anhand von anatomischen Befunden bei chronischem Alkoholismus, glaubt den amnestischen Zustand auf eine Schädigung oder Vernichtung des Corpus mamillare zurückführen zu können, schränkt jedoch die Anschauung ein, indem er hinzufügt, es soll mit seinen Ausführungen nicht gesagt sein, daß der Corpus mamillare die einzige Stelle ist, deren Ausschaltung die psychische Dynamik stört. Hinzu fügt er, daß im Bereiche des Hirnmantels niemals irgendwelche charakteristische, also spezifisch deutbare Veränderungen, gefunden wurden. Seelert faßt das letztere als wichtigeren Befund auf und erklärt als Grundlage des amnestischen Zustandes eine diffuse und nicht eine eng umgrenzte Gehirnschädigung, d. h. eine solche Gewebsschädigung, die zum Verlöschen der Funktionen einzelner Gehirnelemente führt. Sein zweiter Grundtypus der exogenen

psychischen Reaktionsformen (delirante Zustände) führt er auf toxische Vorgänge in den Gehirnelementen zurück. Sogar, wenn sich bei einer Commotio cerebri ein deliranter Zustand in das Krankheitsbild einschiebt, ist er auf toxische Einwirkung zurückzuführen. Sein dritter Grundtypus (die Minderung des Bewußtseins) bringt er mit pathologischen Vorgängen im Hirnstamm in Beziehung.

Alter und Prädilektion.

Wir werden nun meine Fälle etwas genauer betrachten:

Das Alter der Patienten ist verschieden, es verteilt sich auf fünf Jahrzehnte. Angefangen mit einem Patienten von 33 Jahren, finden wir 3 Fälle in dem 4. Jahrzehnte, 5 Fälle in dem 5. Jahrzehnte, 4 Fälle in dem 7. Jahrzehnte und einen Fall vor 77 Jahren mit dem 8. Jahrzehnte. Die Mehrzahl der Fälle, 10 oder 55% sind in dem 5. und 6. Jahrzehnte zu finden, 14 oder 77% in dem 5. bis 7. Jahrzehnte. Es ist allgemein bekannt, daß Krebs ein Leiden höheren Alters ist, daß, obwohl man Fälle in jüngeren Altersstufen findet, der Prozentsatz verhältnismäßig sehr klein ist. Dem entspricht auch die Altersverteilung unserer Fälle.

Zeitpunkt des Ausbruchs.

Es ist beinahe unmöglich festzustellen, wann gerade das Carcinom seinen Anfang nimmt. Daher war ich gezwungen, vom Tage der Feststellung oder des Auftretens subjektiver Beschwerden bei meinen Patienten zu rechnen. Die zeitliche Dauer vom Auftreten der ersten Krebserscheinungen bis zum Ausbruch der Psychose ergibt sich aus Tabelle 1.

Dauer	Zahl	Patienten
1—6 Monate	5	M. R., A. P., J. K., O. B., O. G.
6—12 Monate	1	E. B.
12—18 Monate	4	A. E., A. N., O. T., W. D.
18—24 Monate	3	F. M., E. P., E. Br.
Über 24 Monate	1	L. R.

Die kürzeste Dauer (paar Wochen) ist bei Frau M. R., die längste Dauer (6 Jahre) ist bei Frau L. R. zu finden. Die letztere Zeit ist von ungewöhnlich langer Dauer und ist umso bemerkenswerter, als das Carcinom schon 2½ Jahre bestand, bevor Frau L. R. zum ersten Male operiert wurde. Bei den anderen 4 Fällen, die nicht in die Tabelle kamen, sind die Daten über das erste Auftreten von Krebserscheinungen unbekannt.

Dauer der Psychose.

Die Psychosen waren im allgemeinen kurzdauernd. Der größte Teil der Fälle war schon nach einem Monat entweder ad Exitum gekommen oder aus ihrer Psychose herausgekommen trotz Fortbestehens des Carcinoms. Die längste Dauer von Abklingen der Psychose war 65 Tage (Herr W. L.). Herr A. P. litt schon 90 Tage an

einer psychischen Erkrankung, als er von der Klinik verlegt wurde. Da aber bei seiner Verlegung das schwere psychische Zustandsbild noch unverändert war und man noch nicht entscheiden konnte, ob hier eine exogene Psychose oder endogene Erkrankung vorliegen könnte, möchte ich ihn hier nicht zuzählen. In den Fällen, in denen der Patient während der Psychose stirbt, weiß man natürlich nicht, wie lange sie gedauert hätte.

Sehr bemerkenswert ist die Tatsache, daß von den 6 Fällen, die in der Charité ad Exitum kamen, 5 davon schon nach 8 Tagen psychischer Erkrankung starben, einer sogar schon nach 24 Stunden; ein Zeichen dafür, welch s c h l e c h t e s prognostisches Zeichen das Auftreten einer symptomatischen Psychose bei Carcinom ist.

Disposition.

Sciuti meint, daß man unterscheiden muß zwischen solchen Psychosen, die sich zum Beginn der Krebserkrankung zeigen und denen, die nach Auftreten subjektiver Beschwerden oder nach längerem Fortschreiten des Wachstums in Erscheinung treten. In den Fällen der ersten Art soll nach seiner Ansicht die psychopathologische Disposition, in denen der zweiten Art umgekehrt das toxische oder kachektische Moment überwiegen. Ich habe unter meinen Fällen keinen, in denen psychische Erscheinungen vor körperlichen Beschwerden aufgetreten sind. Einen Beweis für die Behauptung Scuiutis finde ich aber in der Tatsache, daß alle drei Fälle (Frau M. R., Herr A. P., Herr O. B.) in denen man eine erbliche Belastung oder eine psycholabile Disposition nachweisen kann, zu den 4 gehören, die die kürzeste Zeitspanne aufweisen zwischen Auftreten der Carcinombeschwerden und den psychischen Erscheinungen. (Siehe Tab. 1.)

Differential-Diagnose.

Die differential-diagnostisch in Betracht kommenden Krankheitsbilder sind vornehmlich die paralytischen Bilder, die arteriosklerotischen, pseudourämischen Bilder, und die hypertensiven und decompensierten Kreislaufszustandsbilder. Die Ausschaltung dieser Erkrankungen muß durch die Zuhilfenahme der klinischen Untersuchungsmittel erfolgen. Untersuchung des Herzens und des Blutdruckes, das Vorhandensein von Dispnoe und Cyanose, das Zählen des Pulses, ist in dieser Richtung wichtig. Die Untersuchung des Urins und der Nierenfunktion läßt eine Nierenerkrankung ausschließen. Die Arteriosklerose zeichnet sich gewöhnlich durch charakteristische Symptome aus, nämlich diejenigen, die auf periphere Kreislaufstörungen zurückgeführt werden können. Darunter wären zu nennen: Kopfschmerzen, Schwindel, Gähnen, Müdigkeit, toter Finger, intermettierendes Hinken, Asthmacardiale, angiospatische Insulte und andere neurologische Erscheinungen, die die arteriosklerotische Gefäßerkrankung sehr häufig begleiten. Das Vorhandensein eines accentuierten 2. A. T., geschlängelter oberflächlicher

Arterien (Art. Temporalis), einer verhärteten Arteria Radialis ist zu beachten.

Die luischen und paralytischen Erkrankungen sind durch die Anwendung der WaR und Hilfsreaktionen sowie der verschiedenen Liquor-, Eiweiß- und kolloidalen Reaktionen und Zellzahlverhältnisse im Sediment bewiesen. In den vier Fällen, deren Liquor untersucht wurde, befanden sich in einem Opaleszenz (Frau E. P.), in einem anderen leichte Trübung mit einer geringen Eiweißvermehrung (Herr A. P.). Die kolloidalen Reaktionen ergaben in einem Falle (Herr A. P.) eine sogenannte Lueszacke bei mttlerer Vermehrung der Rundzellen. In allen unseren Fällen erwies sich sowohl im Blut wie auch im Liquor Lues negativ.

Symptomatologie.

Wir wenden uns nunmehr zu einer Betrachtung der Symptomatologie.

Am häufigsten finden sich im Symptomenbild Delirien, gekennzeichnet durch Unruhe, aus dem Bett und aus dem Zimmer drängen, Beschäftigungsdrang, kombinierte Sinnestäuschungen und Verwirrtheit; daneben sieht man dämmerzustandartige Bilder.

Die Orientierung ist fast immer gestört, wenn nicht ganz aufgehoben.

Halluzinationen sind häufig und mannigfaltig, sowohl auf opischem wie akustischem Gebiet. Die optischen haben oft bedrohlichen Charakter; der Kranke sieht verzerrte Gesichter und schreckenerregende Gestalten. Die akustischen find meist harmloser. Der Patient hört Gespräche, Ratschläge und Tierstimmen. Auch illusionäre Verkennungen der Umwelt sind häufig.

Es gibt auch Fälle, die Beeinträchtigungsideen haben.

Angstzustände verschiedenen Grages finden sich in der großen Mehrzahl der Fälle. Seltener ist es die Angst, an der Krebskrankheit zu sterben, häufiger die von Ärzten und Pflegepersonen vergiftet zu werden, Angst vor Einschließung oder vor unheimlichen Gestalten. Die Beeinträchtigungsideen richten sich gewöhnlich zunächst gegen eine bestimmte Person oder Gruppe, breiten sich aber dann auf die ganze Umgebung aus: Ärzte, Personal, Ehemann, Familie, alle stecken unter einer Decke. Die Angst wird manchmal so groß, daß sie zu Selbstmordversuchen führt. Beeinträchtigungsideen und schreckhaft ängstliche Stimmungslage gehen öfters zusammen.

Die intellektuellen Fähigkeiten sind im allgemeinen herabgesetzt. Die Patienten zeigen starke Gedächtnis-, vor allem Merkstörungen. Aber auch frühere Erlebnisse können gelegentlich nicht erinnert werden. So sind in Fällen 7, 9, 13, 18 mitunter Geburtsort vergessen, Rechnen schwer oder gar nicht möglich, die Kombinationsfähigkeit herabgesetzt, Bilder und Personen verkannnt.

Öfters treten Perseverationstendenzen hervor: einzelne Wörter und Phrasen, manchmals aus Gesprächen der Umgebung aufgegriffen, werden wiederholt, der Patient bleibt an einer Zahl hängen.

Auch bei der detaillierten Schilderung eines halluzinatorischen Erlebnisses in dem vollständigen Ausdenken von Situationen und Szenen, dem ausführlichen Bericht über Reisen oder Intrigen mit allen Einzelheiten dürften Perseverationstendenzen mitwirken.

Konfabulationen sind auch nicht selten. Es werden ebenso lebhafte wie falsche Darstellungen gegeben. Werden die Patienten auf Widersprüche in ihren Darstellungen aufmerksam gemacht, so versuchen sie auf geschickte Weise die falschen Antworten zu decken.

Widerstreben ist häufig, aber auch ausgesprochener Negativismus im Sinne hartnäckigen Schweigens auf jede Ansprache kommt vor.

Verlauf.

Das Zustandsbild der Psychose ist immer sehr schwankend. Einmal sind die Patienten orientiert, ein andermal desorientiert, bald mehr bald weniger deprimiert oder ängstlich widerstrebend. In den Fällen, die tötlich ausgehen, sieht man im allgemeinen, daß mit zunehmender Kachexie auch der psychische Zustand immer schlechter wird, die Delirien immer stärker; Aufhellungen werden immer seltener und kürzerdauernd; die Bewußtseinstrübung wird immer tiefer, bis sie in Sopor und Coma übergeht.

Zusammenfassend können wir also sagen, daß wir bei Carcinompsychosen hauptsächlich Züge delirant-halluzinatorischen Erlebens wie auch des amnestischen Symptomenkomplexes finden. Das Überwiegen des amnestischen Symptomenkomplexes über die hyperästhetisch-emotionellen Schwächezustände in den beschriebenen Fällen ist dadurch zu erklären, weil keine Rekonvaleszenz eintritt, und der hyperästhetisch-emotionelle Schwächezustand hauptsächlich in der Rekonvaleszenzperiode vorkommt.

Die psychotischen Bilder stimmen mit denen überein, die man bei anämischen und anderen infektösen Zuständen findet.

Zum Schlusse möchte ich die Ergebnisse, die aus meiner Arbeit sich herausstellten, nochmals wiedergeben:

1. Symptomatische Psychosen auf dem Boden eines carcinomatösen Prozesses treten vorwiegend in der Spätphase der Erkrankung auf.

2. Die Altersverteilung meiner Fälle entspricht den, die man überhaupt bei Krebsleidenden findet, also gibt es keine auffällige Prädilektion irgendeiner besonderen Altersstufe für den Ausbruch einer symptomatischen Krebspsychose.

3. Obwohl Carcinompsychosen vorwiegend in der Spätphase der Erkrankung auftreten, neigen erblich Belastete möglicherweise zu einem früheren Ausbruch der Psychose.

4. Das Auftreten einer Psychose ist als sehr ungünstiges Zeichen für den Verlauf eines Krebsleidens zu betrachten.

5. Das Symptomenbild der Krebspsychosen ist das gleiche wie bei anderen symptomatischen Psychosen, so daß es unmöglich ist, auf Grund des psychischen Symptomenbildes die klinische Diagnose „Carcinom" zu stellen.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, Herrn Geh.-Rat Professor Dr. Bonhoeffer, für die Überlassung des Themas und für das freundliche Interesse meinen ergebensten Dank auszusprechen; ebenso Herrn Professor Dr. Zutt für die freundliche Beratung.

LITERATURVERZEICHNIS

Bianchi: Sui rapporti ezio-patogenetici fra il cancro elle malattie mentali. Giorn. Psichiatr. 62: 280—285 (1934).

Biswanger: Atypische symptomatische Psychose bei allgemeiner- und Gehirnkarzinomatose. Dtsch. Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 68 bis 69, 1921, S. 423—437.

Bonhoeffer: Die akuten Krankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.

Bonhoeffer: Zur Frage der Klassifikation der symptomatischen Psychosen. Berl. klin. Wochschr. 45 Jahrg. 1908, S. 2257.

Bonhoeffer: Zur Frage der exogenen Psychosen. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatr. Bd. 20, 1909, S. 499—505.

Bonhoeffer: Infektionspsychosen (in Aschaffenburgs Handbuch) Leipzig, Wien 1912.

Bonhoeffer: Die exogenen Reaktionstypen. Archiv f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 58, 1917, S. 58—70.

Bostroem: Über organisch provozierte endogene Psychosen. Ztschr. f. d. Ges. Neur. Psych. Bd. 131, 1931, S. 1—6.

Bostroem: Zur Frage der Auslösung endogener Psychosen durch äußere Faktoren. Münch. med. Woch.-Schr. Nr. 25, 1933.

Bouwdijk Bastiaanse, van: Primäres metatastasierendes Gehirncarcinom. Ztschr. f. d. ges. Neur. Psych. Bd. 27, 1915, S. 96—108.

Buchholz: Casuistischer Beitrag zur Kenntnis der Carcinome des Z.N.S. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. IV, 1898, S. 184.

Cassity: Reaktion Types in Cancer. Med. journ. a. record. Bd. 123, Nr. 9, S. 598—600 (1926).

Cernauteanu, Ornstein et E. Gliver: Sur un cas de cancer généralisé avec troubles nerveux. Bull. Soc. roum. Neur. etc. 16: 45—46 (1935).

Damaya: Psychose et cancer. Progres. med. No. 10, 9 III, 1935, S. 405—406.

Damaya: Cancer et mentalité. Progres. med. No. I, 1930, S. 101—102.

Elzholz: Über Psychosen bei Carcinomkachexie. Jahrb. d. Psychiatr. u. Neur. Bd. 17, 1898, S. 144—173.

Fischer: Zur Kenntnis des multiplen metastatischen Carcinoms des Zentralnervensystems. Jahrb. f. Psych. u. Neur. Bd. 25, 1905, S. 125—140.

Forgue: Le probléme du cancer dans ses aspects psychiques. Gaz. Hôp., 1931, I, S. 827—833.

Giljarowski u. Nastjukoff: Über Wechselbeziehungen zwischen Krebs und cyclothymische Konstitution. I. Russ. Kongrs. f. Psychoneurol., Moskau. Psychiatr. Sekt. 10—15, I, 1923.

Gottschick: Das Carcinom als Ursache symptomatischer Psychosen. Hamburg, Diss., 1934, 49 S.
Girardi: Über Carcinommetastasen im Kleinhirn. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, 1912, S. 184—191.
Gruhle: Die Weisen des Bewußtseins. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 131, 1931, S. 78—89.
Horn: Zur Frage der klinischen Latenz von Krebsleiden bei Geisteskranken. Psychiatr. neur. Woschr. Nr. 49, 1935, S. 589—592.
Kleist: Postoperative Psychosen. Berlin 1916, 30 S.
Kleist: Die Influenzapsychosen und die Anlagen zu Infektionspsychosen. Berlin 1920, 54 S.
Kleist: Die gegenwärtigen Strömungen der Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 82, 1925, S. 141.
Kraepelin: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 62, 1920, S. 1—29.
Kraepelin: Über exogene Reaktionstypen. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 40, 1925, S. 379—383.
Krisch: Die symptomatische Psychose und ihre Differentialdiagnose. Berlin 1921, 69 S.
Lange: Kurzgef. Lehrbuch der Psychiatrie. 1935, S. 126.
Lohenner: Die Lebensdauer der an Uteruscarcinom erkrankten Frau. Gießen 1920.
Lord u. McGrath: The incidence of cancer in mental hospital patients and in the population of England and Wales compared. J. ment. Sci. 76: 223—233 (1930).
Meggendorfer: Intoxikationspsychosen (in Bumkes Handbuch, Bd. VII). Berlin 1928.
Nonne: Diskussion über Hirnsymptome bei Karzinomatose. Neurol. Zentralblatt 1900, S. 187—192.
Oppenheim: Über Hirnsymptome bei Karzinomatose ohne nachweisbare Veränderung im Gehirn. Charitéannalen XIII, S. 395.
Peekhaus: Über Verwirrenheitszustände bei Carcinomkachexie. Bonn, Diss. 1926.
Pfeifer: Psychische Störungen bei Hirntumoren. Archiv f. Psych. und Nervenkr. Bd. 47, 1910, S. 558—734.
Runge: Über Psychosen bei Grippe. (Ein Beitrag zur Frage der Pathogenese u. nosologischen Stellung der Infektionspsychosen) Archiv f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 62, 1921, S. 1—91 u. 305—344.
Schneider: Psychosen bei innere Erkrankungen. Dtsch. med. Wochschr., 59. Jahrg., 1933, S. 1458—1461.
Sciuti: Cancro e psicosi Riv. sper. Freniatr. 58: 1055—1056 (1935).
Sciuti: Cancro e psicosi Osp. psichiatr. I: 453—467 (1933).
Siefert: Über die multiple Carcinomatose des Zentralnervensystems. Archiv f. Psych. Bd. 36, 1903, S. 720.
Stefan: Zur Frage der exogenen Verursachung von Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 105, Heft 7—8, 1937, S. 299—303.
Stertz: Zur Frage der exogenen Reaktionstypen. Zentralbl. f. Psych. Neurol. Bd. 46, 1927, S. 68—69.
Stertz: In Bumkes Handbuch. Bd. VII, S. 1—12, Berlin 1928.
Stertz: In Lewandowskys Handbuch der Neurologie. Ergänzungsband. I. Teil, S. 639, 1924.
Upsahl: Über Krebshäufigkeit unter Geisteskranken: Norsk. Mag. Laegevidesk. 94: 771—790 (1933).
Urechia et Retezeanu: Sur deux cas de psychoses cancéreuses. Anm. med. psychol. 89. II: 467—470 (1931).
Weimann: Intoxikationen und Infektionen (in Bumkes Handbuch, Band XI). Berlin 1930.
Yaskin: Nervous Symptoms as Earliest Manifestations of Carcinoma of the Pankreas. J. amer. med. Assn. 96: 1664—1668 (1931).

M 136

Lebenslauf.

Als Sohn des Lehrers Aaron Scheps, wurde ich, Sam Scheps, am 12. August 1911 in New York (U.S.A.) geboren. Vom 6. bis 12 Lebensjahr besuchte ich die Volksschule. Vom 12. bis 16. Lebensjahr die De Witt Clinton High School (Gymnasium) zu New York. Vom Jahre 1927 bis 1931 studierte ich auf der Long Island University, wo ich am 11. Juni 1931 den Grad „Baccalaureus in Scientia" (Bakklaureat) erlangte.

Im November 1931 setzte ich mein Studium in Deutschland fort. Von diesem Tage studierte ich an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelm-Universität Berlin, ausgenommen ein Semester im Jahre 1934, welches ich an der Universität in Königsberg belegte.

Während meines Studiums hörte ich unter anderem die Professoren von Bergmann, Bessau, Bonhoeffer, Döderlein, von Eicken, Fick, Frieboes, Gocht, Heubner, Löhlein, Rößle, Sauerbruch, und Stoeckel.